



## ANEXO I

### ACCIDENTES DE TRABAJO

C.S. \_\_\_\_\_

• **DATOS DE LA PERSONA ASISTIDA POR ACCIDENTE DE TRABAJO:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Domicilio

habitual: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

• **EMPRESA EN LA QUE TRABAJA:** \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

• **NOMBRE DE LA MUTUA QUE CUBRE EL RIESGO POR A.T./ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

\_\_\_\_\_

• **DESCRIPCIÓN DE LA ASISTENCIA PRESTADA:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

El/La Médico

y/o

El /La Enfermero/a

Sello

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_



## ANEXO IV

C.S. \_\_\_\_\_

### • DATOS DE LA PERSONA ASISTIDA

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Domicilio habitual: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

### • DATOS DE LA PERSONA QUE SE RESPONSABILIZA SUBSIDIARIAMENTE DEL PAGO en caso de no justificar documentalmente la existencia de un tercero responsable del mismo.

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Domicilio habitual: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

**CONFORME,**

Fdo.: D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Señale con X lo que proceda

Asimismo, se hace constar que la persona asistida SI  NO  tiene cubierta la Asistencia Sanitaria con la  
CIA/ENTIDAD ASEGURADORA: (ASISA, ADESLAS, MAPFRE, etc.)

Nº de Asegurado \_\_\_\_\_

Caso de pertenecer a alguna de ellas, señale con una X la que proceda

Mutualidad a la que pertenece:  MUFACE  ISFAS  MUGEJU

Mutua de Accidentes de Trabajo \_\_\_\_\_

### • DESCRIPCIÓN DE ASISTENCIA PRESTADA

Señale con X lo que proceda

primera consulta  consulta sucesiva  consulta de enfermería

Diagnóstico o motivo de la consulta

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

El/La Médico

y/o

El La Enfermero/a

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_