



00 – INFORME MÉDICO DE LA COMPETICIÓN

Competición		Fecha	
Juez Árbitro(JA)		Telf.:	
		Lugar:	
		Página:	

MEDICO 1 (Obligatorio según normativa)

Nombre:		Firma
Nº Colegiado:		
DNI:	Tfno. contacto:	

AMBULANCIA 1 SVA (UVI móvil, Obligatoria según normativa)

Empresa:		Firma
Telf. Empresa:		
Responsable/ Coordinador:		
Tfno. Contacto en la prueba:		

Personal AMBULANCIA 1

Función	Nombre y apellidos
DUE	
TES	

MEDICO 2 (Opcional)

Nombre:		Firma
Nº Colegiado:		
DNI:	Tfno. contacto:	

AMBULANCIA 2 (Opcional)

TIPO DE AMBULANCIA: SVA - SVB		Firma
Empresa:		
Telf. Empresa:		
Responsable/ Coordinador:		
Tfno. Contacto en la prueba:		

Personal AMBULANCIA 2 (Opcional)

Función	Nombre y apellidos
DUE	
TES	

COMPAÑÍAS DE SEGURO QUE CUBREN A LOS TRIATLETAS PERTENECIENTES A LA FATRI

ACCIDENTES	Allianz, compañía de seguros y reaseguros, SA. (póliza: 046593806)
RESPONSABILIDAD CIVIL	W.R. Berkley Europe AG

En caso de accidente, las consideradas (siempre valoración médica) leves serán tratadas por los servicios médicos de la prueba, si se trata de una URGENCIA " VITAL ", trasladar al CENTRO HOSPITALARIO MAS CERCANO. Si no es considerado de urgencia, trasladar a los centros concertados con BEIMAN.



00 – INFORME MÉDICO DE LA COMPETICIÓN

Competición					Fecha		
Juez Árbitro (JA)		Telf.:		Lugar:		Página:	

Nº DE DORSAL	NOMBRE Y APELLIDOS DEL DEPORTISTAS	DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	DIAGNÓSTICO / ATENCIÓN PRESTADA	¿NECESITÓ TRASLADO A HOSPITAL?	
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO

Firma: Médico principal

Firma: Juez Árbitro

Fdo. _____

Fdo. _____