

## VOLANTE SEGUNDA ASISTENCIA PRUEBAS MÉDICAS.

(Pedir pruebas con una antelación mínima de tres días)

<b>COLEGIO</b>	
<b>EMAIL</b>	
<b>TELEFONO CONTACTO CENTRO</b>	
<b>Nº DE PÓLIZA</b>	
<b>LESIONADO (Nombre y apellidos)</b>	
<b>FECHA DEL ACCIDENTE</b>	
<b>DATOS DE LOS PADRES-TUTOR</b>	
<b>Nombre y apellidos</b>	
<b>Email de los padres</b>	
<b>Móvil de los padres</b>	

### SOLICITA:

(Seleccionar una de ellas)

- Atención facultativa ( especialistas)
- Pruebas diagnósticas.
- Rehabilitación. Número de sesiones
- Otras pruebas o servicios.

<b>Facultativo o Clínica solicitante</b>	
<b>Tfno del centro facultativo</b>	
<b>Email del centro facultativo</b>	
<b>Prueba solicitada</b>	
<b>Fecha prevista</b>	
<b>Hora</b>	

Debe de adjuntar la siguiente documentación.

- Parte de accidente cumplimentado, firmado y sellado por el colegio.
- Informe médico donde aparezca el diagnóstico y tratamiento de la lesión.
- Prescripción facultativa donde aparezca el tratamiento y diagnóstico de la lesión.
- Prescripción facultativa específica donde aparezca la solicitud de prueba diagnóstica o sesiones de rehabilitación.

Debe de enviar por correo electrónico este cuestionario a [oays@oays.eu](mailto:oays@oays.eu) con copia a [mmvillapujana@mgs.es](mailto:mmvillapujana@mgs.es) y [siniestroscolegios@joriarmengol.com](mailto:siniestroscolegios@joriarmengol.com)

Le rogamos lo envíe con la siguiente documentación. Es importante rellenar bien todos los campos y adjuntar la documentación para que el servicio se desarrolle satisfactoriamente. Gracias.