

TOMA DE DATOS TERCERO OBLIGADO. TRÁFICO

1. DATOS PERSONALES

NOM	NUHSA:AN0036262742	NHC	DNI
DOM	LIROLA NAVARRO, ROCIO		
LOC	Urgencias		
NUSS	N.H.C.:206291	CÓDIGO POSTAL	
	F.NAC.:08/12/1991 (33 años)	FECHA DE ASISTENCIA	/ /
	NSS: 041017684728 SEXO Mujer		
	FADM.:11/09/2025 17:52		
CORR	Episodio adm.:119950137	INDICACIÓN DEL LESIONADO (conductor, ocupante, peatón)	

2. DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA, HORAS Y LUGAR	/ / : :		
VEHÍCULO EN EL QUE VIAJABA O POR EL QUE FUE ATROPELLADO			
MARCA Y MODELO	MATRÍCULA	MOTOCICLETA / CICLOMOTOR SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO		CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO Y LOCALIDAD			
COMPAÑÍA ASEGURADORA DEL VEHÍCULO	NÚMERO DE PÓLIZA		
¿Intervino otro vehículo? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si contesta "SI", por favor, siga rellenando el formulario)			
VEHÍCULO CON EL QUE COLISIONÓ			
MARCA Y MODELO	MATRÍCULA	MOTOCICLETA / CICLOMOTOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO			
COMPAÑÍA ASEGURADORA DEL VEHÍCULO	NÚMERO DE PÓLIZA		
SI INTERVINO UN TERCER VEHÍCULO INDIQUE LOS DATOS SIGUIENTES			
MARCA Y MODELO	MATRÍCULA	MOTOCICLETA / CICLOMOTOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO			
COMPAÑÍA ASEGURADORA DEL VEHÍCULO	NÚMERO DE PÓLIZA		
EL ACCIDENTE FUE AL IR O VOLVER DEL TRABAJO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EL ACCIDENTE FUE DURANTE EL TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DE LA EMPRESA		MUTUA PATRONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO	
DOMICILIO Y LOCALIDAD DE LA EMPRESA			

3. DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos que he reflejado en la presente declaración. Y para que conste donde proceda firmo la presente declaración.

En a de de 20 Firma
 Firmado:
 Nombre y apellidos
 DNI Parentesco con el paciente

4. DATOS DE CONTACTO DEL CENTRO HOSPITALARIO

NOMBRE DEL CENTRO		HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. Gestión Financiera	
DIRECCIÓN	C/ Hernández de Donantes de Sangre s/n, 04009 Almería		
CORREO ELECTRÓNICO	gestion.financiera.hto.esps@juntadeandalucia.es	WEB	TELÉFONO 950.016.614 / 113
		WhatsApp 660.044.748	