



FEDERACIÓN GALEGA
DE AUTOMOBILISMO
COMISIÓN MÉDICA



FEDERACION GALEGA
DE AUTOMOBILISMO

NÚM.



DATOS DO LESIONADO																															
<input type="checkbox"/> Piloto	<input type="checkbox"/> Copiloto	<input type="checkbox"/> Organización	<input type="checkbox"/> Público																												
Nome e Apelidos:		Nº licenza:	Número:																												
Enderezo:		DNI	Teléfono																												
		Data Nacemento:																													
DATOS CLÍNICOS		HORA DA ASISTENZA																													
MOTIVO DA ASISTENZA:	LESIÓNS QUE PRESENTA:																														
ALÉRXIAS:																															
TRATAMENTO E PROCEDEMENTOS APLICADOS:																															
OBSERVACIÓNS RESCATE		<table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>/</th> <th>/</th> <th>/</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>T.A.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F.R.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C.R.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SAT.O2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GLASGOW</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GLUCEMIA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		HORA	/	/	/	T.A.				F.R.				C.R.				SAT.O2				GLASGOW				GLUCEMIA			
		HORA	/	/	/																										
T.A.																															
F.R.																															
C.R.																															
SAT.O2																															
GLASGOW																															
GLUCEMIA																															
		OBSERVACIÓNS DE ENFERMERÍA																													
OUTROS:																															
<input type="checkbox"/> Traslado a Centro Sanitario en Ambulancia SVA (UVI MÓBIL) Acompaña Equipo Sanitario Coche R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> R4 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Traslado a Centro Sanitario en Ambulancia SVB (ASISTENCIAL) Acompaña Equipo Sanitario Coche "R" SÍ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> ASISTENZA "IN SITU" <input type="checkbox"/> Acompaña traslado ao hospital outro médico presente na proba.																															
<input type="checkbox"/> INDÍCASE TRASLADO PERO O LESIONADO NON ACEPTA (Sinatura da alta voluntaria)																															
ALTA VOLUNTARIA																															
		Asdo. Paciente	Asdo. Testigo 1																												
		Asdo. Testigo 2	Asdo. Testigo 3																												
Observacións:																															
Data: En a 20.....																															
Médico:	DUE:	Técnico/Rescate:	Selo centro sanitario receptor lesionado:																												
Nº Col.	Nº Col.	DNI.	HORA:																												
Asdo.:	Asdo.:	Asdo.:																													

Aos efectos do previsto na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD), informamos que os seus datos persoais serán gardados, e custodiados, nun ficheiro propiedade da "Federación Galega de Automobilismo", e oderán ser facilitados aos servizos médicos da aseguradora concertada pola F.G. de A. e o centro médico receptor do lesionado.



DATOS DO LESIONADO

<input type="checkbox"/> Piloto	<input type="checkbox"/> Copiloto	<input type="checkbox"/> Organización	<input type="checkbox"/> Público	Nº licenza:	Número:
Nome e Apelidos:				DNI	Teléfono
Enderezo:				Data Nacemento:	

DATOS CLÍNICOS

HORA DA ASISTENZA

MOTIVO DA ASISTENZA:	LESIÓNS QUE PRESENTA:
ALÉRXIAS:	

TRATAMENTO E PROCEDEMENTOS APLICADOS:

	HORA	/	/	-/
	T.A.			
	F.R.			
	C.R.			
	SAT.O2			
	GLASGOW			
	GLUCEMIA			
OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA				
OBSERVACIÓN RESCATE				

OUTROS:

- Traslado a Centro Sanitario en Ambulancia SVA (UVI MÓBIL) Acompaña Equipo Sanitario Coche R1R2R3R4SÍNON
- Traslado a Centro Sanitario en Ambulancia SVB (ASISTENCIAL) Acompaña Equipo Sanitario Coche "R" SÍNON
- ASISTENZA "IN SITU" Acompaña traslado ao hospital outro médico presente na proba.
- INDÍCASE TRASLADO PERO O LESIONADO NON ACEPTA (Sinatura da alta voluntaria)

ALTA VOLUNTARIA

Asdo. Paciente

Asdo. Testigo 1

Asdo. Testigo 2

Asdo. Testigo 3

Observacións:

Data: En a 20.....

Médico:	DUE:	Técnico/Rescate:	Selo centro sanitario receptor lesionado:
Nº Col.	Nº Col.	DNI.	HORA:
Asdo.:	Asdo.:	Asdo.:	

