

**ANEXO I**

**CENTRO** ..... **CONSULTORIO**.....

Fecha y hora..... ; .....

**El Enfermo D./D<sup>a</sup>.** ..... **Edad**.....

**Domicilio**..... **Localidad**.....

**Teléfono**..... **Nº Afiliación**..... **N.I.F.** .....

**Responsable del pago (Mutualidad y Compañía)**.....

**Domicilio**..... **Teléfono**.....

**Declara que he sido asistido por causa de:** (Señalar con una "X")

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Común  | <input type="checkbox"/> Accidente Casual  | <input type="checkbox"/> Accidente Deportivo  |
| <input type="checkbox"/> Accidente Escolar | <input type="checkbox"/> Accidente de caza | <input type="checkbox"/> Accidente de tráfico |

**Tipo de Asistencia:** (Señalar con una "X")

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primera Consulta       | <input type="checkbox"/> Con Cuidados de Enfermería  |
| <input type="checkbox"/> Consulta Sucesiva      | <input type="checkbox"/> Con Pruebas Complementarias |
| <input type="checkbox"/> Consulta a Domicilio   |  |
| <input type="checkbox"/> Consulta de Enfermería | <input type="checkbox"/> Consulta de Fisioterapia    |

En tanto se determine a quien compete la responsabilidad por los gastos médicos sanitarios, me hago cargo y me obligo a pagar los mismos y los que puedan originarse como consecuencia de la asistencia hasta que finalice la misma. El abajo firmante se somete a la jurisdicción de los Tribunales de Badajoz para cuantos procedimientos pudieran derivarse de la suscripción del presente documento.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en prueba de conformidad en..... a..... de..... de.....

*Firma del declarante*

*Fdo.:*.....

-----  
**Diagnóstico y pruebas realizadas:** .....

*Firma del facultativo*

*Firma del enfermero*

*Fdo.:* .....

*Fdo.:* .....