

## SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO

A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO O CARGO SUPERIOR RESPONSABLE EN MATERIA DE PERSONAL <sup>1</sup>

Una copia de este documento se entregará al/la empleado/a público

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                       |                          |                                                                                                         |               |                                         |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|
| 1. Datos del trabajador | Personales                                                                                                                                                                                                                                             | 1º Apellido:          |                                       | 2º Apellido:             |                                                                                                         | Nombre:       |                                         |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                        | NIF, NIE:             |                                       | Fecha Nacimiento:<br>/ / |                                                                                                         | Nacionalidad: |                                         |
|                         | Laborales                                                                                                                                                                                                                                              | Consejería/Organismo: |                                       |                          | Centro de trabajo:                                                                                      |               |                                         |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                        | Categoría:            |                                       |                          | Horario de trabajo:                                                                                     |               |                                         |
| 2. Lugar del accidente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>En el centro o lugar de trabajo</li> <li>En desplazamientos en su jornada laboral</li> <li>Al ir o al volver del trabajo, "in itinere"</li> <li>En otro centro o lugar de trabajo:<br/>Indicar dónde</li> </ul> |                       |                                       |                          | <b>EN TODOS LOS CASOS:</b><br><br><div>Nº</div><br><br><div>Municipio</div><br><br><div>Provincia</div> |               |                                         |
| 3. Datos del accidente  | Fecha del accidente:<br>/ /                                                                                                                                                                                                                            |                       | Hora del accidente (1-24):<br>H : MIN |                          | Hora de trabajo (1ª, 2ª,...):                                                                           |               | ¿Era su trabajo habitual?:<br>■ SI ■ NO |
|                         | <b>DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE :</b>                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                          |                                                                                                         |               |                                         |
|                         | <b>ES MUY IMPORTANTE CUMPLIMENTAR BIEN ESTE APARTADO.</b> Si el espacio es insuficiente adjunte la descripción en hoja aparte.                                                                                                                         |                       |                                       |                          |                                                                                                         |               |                                         |
|                         | <div>Indicar nombres, apellidos y teléfono:</div> <div>Testigos del accidente:</div> <div> <div>Ã SI</div> <div>Ã NO</div> </div>                                                                                                                      |                       |                                       |                          |                                                                                                         |               |                                         |

Esta comunicación es extendida por D/Dª

Teléfono

En

, a

de

de

**FIRMA O SELLO**

Este documento no equivale ni sustituye al parte de accidente de trabajo por Orden Ministerial de 16/127(7 (BOE de 29/12)  
En el supuesto de que FREMAP emita la baja médica por accidente de trabajo, la consejería/organismo debe tramitar el parte oficial en el plazo de 5 día hábiles y a través de Delt@.  
Si FREMAP emite un certificado médico de accidente de trabajo sin baja, deberá incluir sus datos en la relación de accidente de trabajo sin baja médica, que se tramitará a través de Delt@ en los 5 primeros días hábiles del mes siguiente.  
La presentación de este documento en Servicios Médicos distintos de los de FREMAP no implica que la Mutua asuma el coste de la asistencia prestada.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional los empleados públicos de la Comunidad de Madrid deben actuar del siguiente modo:

1. Cumplimentar por la dirección del centro o cargo superior responsable en materia de personal esta SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO, entregársela en papel o por correo electrónico al empleado afectado.

2. El empleado, a continuación, debe acudir directamente y sin necesidad de cita previa a cualquiera de los centros de salud de FREMAP que se recogen a continuación y presentar la SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO. **De dicho documento enviará una copia al responsable de personal o recursos humanos de su consejería u organismo.**

Red de Centros sanitarios propios situados en la Comunidad de Madrid de FREMAP\*:

- ALCALÁ DE HENARES 28805, C/ Colmenar de Oreja, 20. Tel.: 918 88 18 85
- ALCOBENDAS 28100, C/ Jaén (esq. Av. Madrid). Tel.: 916 54 87 00
- ALCORCÓN 28923, Av. Olímpico Fco. Fdez. Ochoa, 18. Tel.: 916 44 91 25
- ARGANDA DEL REY 28500, Av. Derechos Humanos, 8. Tel.: 918 71 06 53
- COLLADO VILLALBA 28400, C/ Honorio Lozano, 43 B. Tel.: 918 49 74 30
- FUENLABRADA 28946, C/ Constitución, 98. Tel.: 916 90 53 78
- GETAFE 28905, C/ Tres Carabelas, 4 Sector III. Tel.: 916 96 84 13
- HUMANES DE MADRID 28970, C/ Islas Cíes, 15. Tel.: 914 92 02 12
- LEGANÉS 28914, C/ Julio Palacios, 18 (Pol.Ind. Ntra. Sra. de Butarque). Tel.: 916 86 53 89
- MADRID 28012, C/ Ronda de Valencia, 8, 1ª planta. Tel.: 915 06 49 70
- MADRID 28019, C/ General Ricardos, 138. Tel.: 912 25 78 00
- MADRID 28020, C/ Poeta Joan Maragall, 39. Tel.: 915 72 60 00 (24 HORAS 365 DÍAS).
- MADRID 28039, Av. Pablo Iglesias, 36-40. Tel.: 914 56 14 50
- MADRID 28043, C/ Bueso Pineda, 59. Tel.: 917 16 11 50
- MADRID 28022, C/ Alcalá, 504 (metro Suanzes) Tel.: 917 46 15 40
- MAJADAHONDA 28222, Ctra. de Pozuelo, 61. Tel.: 916 26 56 80
- MÓSTOLES 28938, Pol. Ind. Arroyo Molinos, C/ E, 5. Tel.: 916 85 23 70
- PARLA 28983, Av. América (Esq. C/Turín). Tel.: 916 98 87 66
- PINTO 28320, C/ Manuel Jiménez El Alguacil, 3-4. Tel.: 916 98 72 00
- RIVAS VACIAMADRID 28522, C/ Electrodo, 68. Tel.: 914 99 17 61
- SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES 28700, Av. Pirineos, 27, Nave 5. Tel.: 916 59 31 36
- TORREJÓN DE ARDOZ 28850, Av. Cristóbal Colón, 22. Tel.: 916 76 40 15
- TRES CANTOS 28760, C/ Ronda de Poniente, 18. Tel.: 918 06 13 56
- **Hospital MAJADAHONDA Ctra. de Pozuelo, 61. Tel.: 916 26 56 80**

**\* En caso de urgencia médica, puede ponerse en contacto con FREMAP, a cualquier hora del día y los 365 días del año, de forma gratuita, tanto en España (900 61 00 61) como en el extranjero (+34 91 919 61 61).** También puede informarse del horario asistencial y administrativo del centro llamando al teléfono 900 61 00 61 de FREMAP, en horario de lunes a domingo de 8 a 22 horas.

También puede acceder a la información a través de la app "FREMAP contigo" disponible en <https://www.fremap.es/paginas/fremapcontigo.aspx> o en el siguiente enlace: <https://www.fremap.es/Conocenos/centrosinstalaciones/Paginas/centros.aspx>.

Para cualquier otra aclaración seguirán disponibles los teléfonos de la División de Colaboración con la Seguridad Social: 915805334, 915809102, 915800972, 915805346, 915809059, 915805354

**Finalmente, recuerde que siempre tiene a su disposición los 365 días del año, las 24 horas del día el TELEFONO DE EMERGENCIAS 112**