

ATENCIÓN: DEBE IR FIRMADO POR EL DOCENTE A RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD EN LA QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE.

Clínica Dávila

**ORDEN DE ATENCIÓN
ACCIDENTES TRAUMATICOS Y CORTOPUNZANTES**

--	--	--

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

--	--	--

RUT CARRERA TELEFONO

--	--

FECHA LUGAR DEL ACCIDENTE

MOTIVO DEL ACCIDENTE:

.....

.....

.....

.....

.....

- La Universidad Diego Portales, RUT N° 70.990.700-K, autoriza al alumno para ser atendido en la **CLINICA DAVILA**, quien le otorgará la **PRIMERA ATENCION AMBULATORIA** en su **SERVICIO DE URGENCIA**, en accidente traumático o de emergencia ocurrida al interior de los recintos Académicos o Centro deportivo de la Universidad, durante el período académico.
- Esta orden cubre hasta un monto máximo de **10 UF**, todos los gastos que excedan al monto establecido, serán de responsabilidad del alumno.
- Para tal efecto, el estudiante debe firmar un **pagaré simple**.
- No incluye traslado de ambulancia, ni accidentes de trayectos.

Datos de la persona que extiende esta orden:

Nombre.....

Cargo..... Sede.....

Firma del Responsable..... Firma alumno.....

ESTA ORDEN DE ATENCION TIENE VALIDEZ 24 HORAS A CONTAR DE LA FECHA INDICADA Y DE HABER OCURRIDO EL ACCIDENTE.