

PRÁCTICAS NO REMUNERADAS EN INSTITUCIONES SANITARIAS ACTUACIÓN EN CASO DE SUFRIR ALGUNA CONTINGENCIA (ACCIDENTE/INCIDENTE)

Cuando una o un estudiante sufra una contingencia¹ mientras esté realizando prácticas no remuneradas en una institución sanitaria en virtud del convenio de colaboración entre la Conselleria de Sanitat y la Universitat de València,² dicha contingencia ha dejado de ser atendida por el seguro escolar; ahora, en función del RDL 8/2015,³ es atendida bajo el concepto de accidente de trabajo. Esto significa que, para su correcta gestión, el estudiantado deberá seguir las instrucciones que se exponen a continuación:

1. En el momento de producirse la contingencia.
 - a) Si la eventualidad precisara de una primera e inmediata atención, el o la estudiante puede recibir atención en el mismo centro sanitario donde se realizan las prácticas docentes no remuneradas o, en cualquier caso, en el servicio de urgencias del Hospital de referencia del Departamento de Salud.
 - b) Si la eventualidad no revistiera de presunta gravedad, el o la estudiante puede dirigirse lo más pronto posible a un centro asistencial de la MATEPSS⁴ 

En ambos casos, se debe acudir a la Secretaría d'estudiantat de la Facultat d'Infermeria i Podologia para tramitar una serie de documentos.

2. Documentación a cumplimentar (3 documentos).
 - a) **Documento con los datos del tutor o tutora de prácticas en la entidad/empresa.**

El Profesor/a Asociado/a de Ciencias de la Salud debe cumplimentar los datos que figuren en el documento del Anexo A y firmar el mismo. Se trata de un documento en el que solo se especifica que el o la estudiante «*estaba realizando efectivamente prácticas*» en el centro sanitario ese día en el que se ha producido la contingencia.

El o la estudiante entregará el documento firmado por el/la PACS en la Secretaría de estudiantes de la Facultat d'Infermeria i Podologia (FIP).

Este documento puede ser entregado de manera presencial, en horario de lunes a viernes de 9 a 14 h, y también lunes y jueves de 16 a 18 h, o bien ser escaneado y remitido por correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: fipss@uv.es.

Desde la misma Secretaría de estudiantes de la FIP se procederá a remitirlo, a su vez, a la «Unitat de Seguretat Social» de la Universitat de València.
 - b) **Documento con información sobre la contingencia, a efectos estadísticos de la Facultat d'Infermeria i Podologia**

Junto con el documento anterior, el o la estudiante entregará cumplimentado (en la Secretaría de estudiantes de la FIP o mediante correo electrónico a fipss@uv.es) el documento cuyo modelo se indica en el Anexo B.

¹Contingencias como por ejemplo: caídas a un mismo o distinto nivel, lesiones por manipulación de objetos, atrapamiento, corte o pinchazo, proyección de fragmentos/partículas/líquidos, contacto térmico o eléctrico, contacto con sustancias nocivas/tóxicas/corrosivas, accidente *in itinere*, agresión de paciente o familiar, etc.

²Convenio de colaboración entre la Generalitat, a través de la Conselleria de Sanidad, el Consorcio General Universitario de Valencia y la Universitat de València, para la realización de prácticas docentes de titulaciones de ciencias de la salud (agosto, 2021). <<https://eves.san.gva.es/documents/d/eves/convenio-uji-firmado-9-6-2021>>

³Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 261, de 31/10/2015. <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724>>

Disposición adicional quincuagésima segunda. Inclusión en el sistema de Seguridad Social de alumnos que realicen prácticas formativas o prácticas académicas externas incluidas en programas de formación.

⁴MATEPSS: Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

La finalidad exclusiva de dicho documento meramente informativo es poder elaborar una mínima estadística sobre las contingencias acontecidas en los centros sanitarios de prácticas a lo largo del curso académico, con la que orientar y reforzar la información brindada al estudiantado de la FIP, en materia de protección y de prevención.

c) **Documento de solicitud de asistencia sanitaria en la MATEPSS** 

El o la estudiante debe cumplimentar los datos que figuran en el documento que se reproduce en el Anexo C y cuyo original se encuentra disponible en el siguiente enlace web: <https://umivaleactiva.es/dam/jcr:b44a0c79-0dac-4688-a7a7-be892569880d/Parte%20de%20Asistencia%20Sanitaria.pdf>

Este documento debe de estar firmado por quien efectúa la solicitud y contar con el cuño o sello de la Facultat d'Infermeria i Podologia, que se estampará en la Secretaria de estudiantes de la misma.

Posteriormente, el o la estudiante debe personarse en una clínica asistencial de  y hacer entrega de este documento. En el Anexo D puede consultarse un extracto de la lista completa de centros asistenciales de dicha MATEPSS, lista completa que se encuentra disponible en el siguiente enlace web: <https://umivaleactiva.es/red-de-centros>.

3. **Desplazamiento a una clínica asistencial de  y gastos de transporte**

El o la estudiante deberá acudir necesariamente y de forma presencial a un centro asistencial de la MATEPSS, de entre los que figuran en la lista anteriormente mencionada, para la entrega del «Documento de solicitud de asistencia sanitaria» y para la valoración de su situación. Antes de decidirse por alguno de los centros asistenciales, téngase en cuenta el horario de atención al público (consultar en la web las variaciones al horario habitual que pudieran derivarse de los días previos a fechas señaladas o los festivos).

Los **gastos del transporte**, si procediera, a alguno de los centros asistenciales de  corren a cargo de la misma MATEPSS. Desde esta se recomienda el uso de:

- a) **Taxi**, para situaciones en las que la movilidad se vea reducida (por ejemplo, un esguince).
- b) **Autobús, metro**, para situaciones leves (por ejemplo, un golpe en la mano o en el antebrazo, una torcedura de muñeca).

El o la estudiante abonará el coste del transporte en primera instancia y posteriormente la mutua se lo reintegrará. Para ello será necesario facilitar los correspondientes datos bancarios (llevar anotado el código IBAN y el código BIC/SWIFT)⁵.

⁵**IBAN:** *International Bank Account Number*, Código Internacional de la Cuenta Bancaria. **BIC:** *Business Identifier Code*, Código de Identificación Bancaria. **SWIFT:** *Society for Worldwide Interbank Financial Telecommunication*, Sociedad para las Comunicaciones Interbancarias y Financieras Mundiales.

A. Documento con los datos del tutor o tutora de prácticas en la entidad/empresa

El documento original se encuentra disponible en: <https://links.uv.es/aGD8sZq>



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

DATOS DEL TUTOR/A DE PRÁCTICAS DE LA ENTIDAD/EMPRESA

D./Dña. _____ con NIF _____, TUTOR/A DE
PRÁCTICAS DE LA EMPRESA/ENTIDAD

CERTIFICA QUE:

El/La estudiante en prácticas formativas no remuneradas de la Universitat de València, cuyos datos se indican a continuación, estaba realizando efectivamente prácticas el día

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA ESTUDIANTE:

NIF/NIE/PASAPORTE:

Y para que así conste a los efectos oportunos, se expide la presente certificación, en _____,
el _____

Fdo:

B. Documento con información sobre la contingencia, a efectos estadísticos de la Facultat d'Infermeria i Podologia

PARTE DE ACCIDENTE/INCIDENTE DEL/DE LA ESTUDIANTE — FIP

| | |
|---|--|
| 1. FECHA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE | |
| 2. HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE | |
| 3. LUGAR DEL ACCIDENTE/INCIDENTE | |
| 4. CONTEXTO SITUACIONAL EN EL QUE SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE/INCIDENTE | (continuar en la parte de detrás, si se necesita) |
| 5. HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE HA PROVOCADO EL ACCIDENTE/INCIDENTE | (continuar en la parte de detrás, si se necesita) |
| 6. LOCALIZACIÓN CONCRETA DE LA PERSONA DONDE SE HA PRODUCIDO EL DAÑO | |
| 7. TITULACIÓN | <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Podología <input type="checkbox"/> Màster Inf ^a Oncol. |
| 8. ASIGNATURA | |
| 9. GRUPO DE MATRÍCULA DE LA ASIGNATURA | |
| 10. SEMESTRE | |

Lugar del accidente: • Centro de Salud • Centro de Salud Pública • Dirección General de Salud Pública • Centro Penitenciario de Picassent • Hospital y Unidad/Servicio del hospital

Contexto situacional: Describir el contexto (espacio, tiempo, personas) en el que se produjo el accidente/incidente. Cuánto más se detalle, mejor.

Hecho o circunstancia: Narrar la situación concreta que ha motivado el accidente (material que se estaba utilizando, punción, resbalón, caída, golpe, salpicadura, etc.), así como la naturaleza del accidente (riesgo biológico, musculo-esquelético, físico, químico, organizacional).

4. CONTEXTO SITUACIONAL EN EL QUE SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE/INCIDENTE (continuación)

5. HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE HA PROVOCADO EL ACCIDENTE/INCIDENTE (continuación)

C. Solicitud de asistencia sanitaria  

El documento original se encuentra disponible en: <https://umivaleactiva.es/dam/jcr:b44a0c79-0dac-4688-a7a7-be892569880d/Parte%20de%20Asistencia%20Sanitaria.pdf>

| | | | | |
|--|-------------|---|---|---|
|  | | Atención al Cliente 900 365 012 umivaleactiva.es atencionalcliente@umivaleactiva.es | |  |
| SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA | | | Ejemplar para el/la lesionado/a, que debe entregar en el centro asistencial | |
| 1. EMPRESA | | | | |
| Nombre de la empresa | | C.C.C. | Teléfono | |
| Dirección | | Localidad | Código Postal | |
| Persona de Contacto | | Correo electrónico | | |
| Rogamos presten asistencia sanitaria a la siguiente persona trabajadora de esta empresa: | | | | |
| 2. PERSONA TRABAJADORA | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre |
| Núm. Afiliación Seguridad Social | DNI/NIE/TIE | Correo electrónico | Teléfono | |
| Puesto de Trabajo | | | | |
| 3. ASISTENCIA SOLICITADA POR EL SIGUIENTE MOTIVO | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lesión conocida y provocada en nuestro centro de trabajo | | <input type="checkbox"/> Lesión referida por la persona trabajadora (pendiente de verificar en sus causas laborales) | | Fecha del suceso |
| Hora | | | | |
| 4. INCIDENCIA | | 5. SOLICITANTE | | |
| Breve descripción de las tareas que realizaba en el momento de comenzar las molestias durante el trabajo | | Fecha de solicitud | | Firma solicitante y sello de la empresa |
| | | Apellidos | | |
| | | Nombre | | |
| | | Cargo en la empresa | | |
| 6. ¿A QUÉ MUTUA PERTENECE? | | | | |
| <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  | | | | |
| Uso de la Solicitud | | | | |
| Objeto La Solicitud de Asistencia Sanitaria es un mecanismo diseñado para facilitar la comunicación entre las empresas mutualistas y suma intermutual para simplificar los trámites ante la necesidad de atención por parte de las personas trabajadoras de dichas empresas. Es una comunicación desde la empresa informando que el/la trabajador/a acude a suma intermutual con el conocimiento de la empresa. En ningún caso es el reconocimiento de la existencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional; dichos reconocimientos se realizan exclusivamente mediante las correspondientes declaraciones de accidente de trabajo o de enfermedad profesional. | | a. Nombre de la empresa. b. Nombre y apellidos de la persona trabajadora. c. Motivo de la solicitud de la asistencia. d. Fecha y hora del suceso. e. Tareas que realizaba la persona en el momento de surgir la necesidad de la asistencia. Esta descripción ayudará en gran medida al equipo médico a la hora de determinar el diagnóstico rápidamente y con precisión. f. Fecha de la solicitud y sello de la empresa. g. Nombre y apellidos del solicitante, cargo en la empresa y su firma. | | |
| Modo de uso 1. La solicitud de asistencia se precisa solamente la primera vez que un/a trabajador/a acude a suma intermutual como consecuencia del inicio de un proceso de asistencia sanitaria. Esto es, para las revisiones del proceso no es necesario cumplimentarla. Pero sí cada vez que se produzca una nueva necesidad de asistencia sanitaria. 2. Ante la necesidad de una asistencia sanitaria, una persona (que la empresa designe) cumplimenta la Solicitud de Asistencia Sanitaria. En el citado parte escribe los siguientes datos: | | 3. El/la trabajador/a se persona en los locales de asistencia sanitaria de suma intermutual . En la recepción le solicitan el documento de solicitud de asistencia. 4. Si la persona trabajadora no portase este documento a la llegada al centro asistencial, se le requerirá que su empresa lo rellene. a. Si la asistencia es de urgencia, se prestará asistencia sanitaria, pero no se continuará con el proceso administrativo (emisión de la baja laboral) hasta que la empresa no haga llegar la solicitud de asistencia a suma intermutual . b. Si la asistencia no es urgente, el/la trabajador/a es remitido a la empresa, a fin de que cumplimente la solicitud de asistencia, de modo que la persona acuda con el documento cumplimentado. | | |
| Información sobre protección de datos personales Responsable: umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. Contacto del Delegado de Protección de Datos: dgd@umivaleactiva.es . Finalidad: Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias y colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el ámbito de la Seguridad Social. Legitimación: Este tratamiento se realiza sobre la base de dar cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a umivale Activa en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Destinatarios: Seguridad Social y Organismos dependientes de la Seguridad Social. Servicios Públicos de Salud. Juzgados y Tribunales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. Centros asistenciales que colaboran en la gestión del proceso. Derechos: Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. Forma de ejercer sus derechos: Por escrito, mediante solicitud dirigida a umivale Activa , Avda. Reial Monestrir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dgd@umivaleactiva.es . Información adicional: En el siguiente enlace: https://umivaleactiva.es/protecciondatos | | | | |

D. Centros asistenciales de la MATEPSS   en Valencia ciudad, en Ontinyent y en poblaciones cercanas a estas ciudades

Para determinados días, previos a fechas señaladas o festivos, consultar la página web de  (<https://umivaleactiva.es/red-de-centros>).

| Nombre | Dirección | Horario | Teléfono | Fax | Correo electrónico |
|---|---|---|-----------|-----------|--|
| Clínica UMIVALE Activa Valencia Colón | C/ Colón, 82. Acceso al centro por C/ Conde Salvatierra, 1 | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 963509251 | 963943686 | valenciacolón@umivaleactiva.es |
| Hospital privado IMED Valencia | Avenida Ilustración, 1 | 24 h | 963003000 | — | valencia@imedhospitales.com |
| Clínica UMIVALE Activa Valencia Avda. Catalunya | Avda. de Catalunya, 13 | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 963106790 | 963944089 | valencianorte@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Valencia C/ Quart | C/ Quart, 102 | Lunes a viernes: 8 a 19 h | 963300818 | 963300817 | valenciabotanic@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Quart de Poblet | Avda. Reial Monestir de Poblet, 20 | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 963181019 | 961525321 | administraciondeclinicas@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Catarroja | Camí del Port, 249 | Instalaciones cerradas temporalmente. Se encuentra a disposición la clínica de: UMIVALE Activa Beniparrell. | 961273332 | 961272346 | catarroja@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Paterna | C/ Vicente Mortes, S/N | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 961382675 | 961385081 | paterna@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Beniparrell | Ctra. Real de Madrid Norte, 23 | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 961200617 | 961219023 | beniparrell@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Torrent | Ctra. Masía del Juez, 38, Km 1,4 | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 961572327 | 961563297 | torrent@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Museros | Avda. Alexandre VI, 10 | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 961451840 | 961441460 | museros@umivaleactiva.es |
| Hospital Intermutual de Levante | Autovía Valencia-Ademuz, Km. 11,7 Salida 12 | 24 h | 961350250 | 961350694 | admision@hilevante.com |
| Clínica UMIVALE Activa Riba-Roja La Reva | Avda. Hostalers-Els Ferrers "Pl. La Reva, Sc 13" | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 961667886 | 961667907 | ribarroja@umivaleactiva.es |

| Nombre | Dirección | Horario | Teléfono | Fax | Correo electrónico |
|---|---|---|-----------|-----------|--------------------------------------|
| Rodus Servicios Médicos S.L. | Ramón Muntaner, 10 Bajo (Entrada Clara Campoamor) | Lunes a viernes: 8 a 13 y 15:30 a 19:30 h. | 961869400 | 961860012 | rodus@rodus.es |
| Clínica Bou S.L.P. | Concepcion Arenal, 6 - 8 - 10 Bajo | Lunes a Viernes de 9 a 14 h y 16 a 20 h | 961251995 | 961252852 | :clinicabou@gmail.com |
| Clínica De Rehabilitación Y Recuperación Moncada S.L. | Badía, 100 | Lunes a viernes de 08:00 a 20:00 h | 961303216 | — | adm@clinicamoncada.es |
| Bétera Salut S.L. | Calvario, 74 | Lunes, martes y viernes de 08:30 a 13:30 h y 17 a 20 h. Miércoles: 9 a 13:30 h y 17 a 20 h. Jueves: 10 a 13:30 y 17 a 20 h. | 961600083 | 961600083 | info@clinicabeterasalut.com |
| Sermesa Pobla De Vallbona | Plaça de L'Hort, 5 | Hasta nuevo aviso solo mañanas. Horario habitual: Lunes a viernes: 8 a 13:30 y 16 a 20 h. | 962760178 | 961661479 | lapobla@sermesa.es |
| Clínica Turis S.L. | Ramon y Cajal, 6 Bajo | Lunes a viernes de 11:00 a 14:00 y de 15:30 a 19:00 h. | 635591608 | 962526256 | admon@clinica-turis.com |
| Clínica UMIVALE Activa Ontinyent | Av del Textil 43 (Pol. Ind. El Pla) | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 962380092 | 962916010 | ontinyent@umivaleactiva.es |
| Clínica UMIVALE Activa Alcoi | C/ Roger de Lluria, 6 | Lunes a viernes: 8 a 20 h | 965548048 | 965541210 | alcoy@umivaleactiva.es |
| Clínica Sancho Llorens S.L. | Corts Valencianes, 102 | De 08:00 a 14:00 y de 15:00 a 20:00 h | 962242037 | 962242037 | gestio@clnicasanchollorens.es |
| Sanatorio San Jorge S.L. | Oliver, 55 | 24 h. | 965330400 | 965330400 | administracion@sanatoriosanjorge.com |
| Hospital De Ontinyent | Avda. Francisco Cerdá, 3 | 24 h | 962989300 | 962989325 | — |
| Hospital Virgen De Los Lirios | Polígono Caramanchel, s/n | 24 h | 965537400 | 965537410 | — |