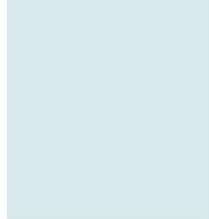




SELLO DEL CLUB

Parte fechado en _____ a _____ de _____ del _____



Nombre y Apellidos del **Directivo** del Club que firma el presente parte de lesiones

_____ DNI _____

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del afiliado que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen a un registro informatizado de la Mutua de Previsión social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, e informarle que le asisten los derechos contenidos en el artículo 5 de la LOPD, pudiendo ejercerlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

Real Federación Española de Fútbol
MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL
DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA

Delegación Territorial _____ Nº Expediente _____ Firma _____

INFORMACIÓN PERSONAL

DNI _____ - Nº Club _____ Nombre del Club _____

Fecha de nacimiento _____ Apellidos _____ Nombre _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____

CP _____ Tfno. _____ Categoría _____ Modalidad FÚTBOL F.SALA FÚTBOL7 Sexo MASC. FEM.

Puesto PORTERO DEFENSA MEDIO DELANTERO Licencia PROFESIONAL AFICIONADO JUVENIL CADETE INFANTIL ALEVIN Otros (especificar) _____

Superficie de entrenamiento C.NATURAL C.ARTIFICIAL TIERRA OTROS Entrenamiento semanal (min) _____

PARTE DE LESIONES

Fecha de la lesión _____ ¿Dónde ocurrió la lesión? PARTIDO ENTRENAMIENTO Otros (especificar) _____

Si fue en el partido, ¿en qué minuto? 0-15 16-30 31-45 46-60 61-75 76-90 ¿En qué superficie? C.NATURAL C.ARTIFICIAL TIERRA OTROS ¿Hubo colisión? SI NO

Equipo rival _____ ¿Está relacionado con una lesión anterior (del mismo tipo y en el mismo lugar)? SI NO Tipo de bota utilizada Multitaco césped artificial Otros _____

HISTORIA CLÍNICA

Asistencia prestada por Dr/Dra. _____ Nº Colegiado _____

Tipo anatomopatológico (Tabla 1) _____ Asiento anatómico (Tabla 2) _____ LATERALIDAD DERECHA IZQUIERDA

Causa baja deportiva SI NO Fecha de la baja _____ Días estimados para la vuelta a la competición _____

Exploraciones complementarias Rx RMN ECO TAC Otros (especificar) _____

Diagnóstico provisional _____

Tratamiento QUIRÚRGICO CONSERVADOR Si es conservador, indicar tipo _____

Observaciones

Diagnóstico definitivo _____

En _____ a _____ de _____ del _____

El Médico de la Mutualidad

ALTA MÉDICA

- Cuando la lesión sea leve, puede consignar el alta en esta casilla
- Todo Parte no cumplimentado será devuelto
- Es obligatorio adjuntar fotocopia de la Ficha Federativa y del DNI junto a esta parte

Jefatura Territorial de los Servicios Médicos de la Delegación _____