



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

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.

Delegación Territorial _____ Nº Expediente _____ Firma _____

INFORMACIÓN PERSONAL

DNI _____ Nº Club _____ Nombre del Club _____
 Fecha de Nacimiento _____ Apellidos _____ Nombre _____
 Domicilio _____
 Localidad _____ Provincia _____
 CP _____ Tlfno. _____ Categoría _____ Modalidad FÚTBOL F.SALA FÚTBOL7 Sexo MASC. FEM.
 Puesto PORTERO DEFENSA MEDIO DELANTERO PROFESIONAL AFICIONADO JUVENIL CADETE INFANTIL ALEVIN
 Licencia C.NATURAL C.ARTIFICIAL TIERRA OTROS _____ Otros (especificar) _____
 Superficie de entrenamiento _____ 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 C.NATURAL C.ARTIFICIAL TIERRA OTROS SI NO ¿Hubo colisión? _____
 Equipo rival _____ ¿En qué superficie? _____ ¿Está relacionado con una lesión anterior (del mismo tipo y en el mismo lugar)? SI NO Multitaco césped artificial _____
 Tipo de bota utilizada _____ 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 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

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

ALTA MÉDICA

Jefatura Territorial de los Servicios Médicos de la Delegación _____