



**MUTUALIDAD
DE FUTBOLISTAS**

SELLO DEL CLUB



Parte fechado en _____ a _____ de _____ del _____
Nombre y apellidos del Directivo del Club que firma el presente parte
JOSE SATORA FERRANDIZ DNI 21998044-Q

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 Mutuality 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

DNI _____ Nº CLUB _____ NOMBRE DEL CLUB _____

Fecha de nacimiento _____ Apellidos _____ Nombre _____

Domicilio _____ Localidad _____

Provincia _____ Cod. Postal _____ Teléfono _____ Dirección email _____

Puesto

PORTERO	DEFENSA	MEDIO	DELANTERO

Licencia

PROFESIONAL	AFICIONADO	JUVENIL	CADETE	INFANTIL	ALEVIN

Superficie de entramiento

C. NATURAL	C. ARTIFICIAL	TIERRA	OTROS

Entrenamiento semanal minutos

Fecha de lesión _____ ¿Dónde se produjo la lesión? Partido _____ Entrenamiento _____ Otros especificar _____

Si fue en el partido ¿en qué minuto? _____ En que superficie _____ ¿Hubo colisión? SI _____ NO _____

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: IQ _____ Conservador _____ Si es conservador, indicar tipo _____

Observaciones:

Diagnóstico definitivo _____

En _____ a _____ de _____ del _____
El médico de la Mutuality

- Cuando la lesión sea leve, puede consignar el alta en esta casilla: ALTA MEDICA _____
- Todo parte no cumplimentado será devuelto
- Es obligatoria adjuntar el original de la ficha federativa y del DNI junto a este parte

Jefatura Territorial de lo Servicios Médicos de la Delegación _____