



**SELLO DEL CLUB**



Parte fechado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del Directivo del Club que firma el presente parte  
\_\_\_\_\_ 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 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_