



**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** \_\_\_\_\_ **Tlfn.** \_\_\_\_\_ **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 el original de la Ficha Federativa y del DNI junto a esta parte

**Jefatura Territorial de los Servicios Médicos de la Delegación** \_\_\_\_\_