



**DELEGACIÓN ALAVESA – ARABAKO ORDEZKARITZA
DE LA MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES**

RECONOCIMIENTO MÉDICO DEPORTIVO -KIROL OSASUN AZTERKETA- EXÁMEN DE SALUD

Datos de Afiliación / Afiliazio-datuak:

Izen-abizenak/

Nombre y Apellidos: _____

Jaiotza data/ _____ **NAN/**

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **DNI.:** _____ **Teléfono:** _____

Entitatea/

Kategoria mota/

Club: _____ **Categoría:** _____

Antecedentes (Diabetes, infarto, HTA, alergia, asma, hepatitis, L.Q.)

Familiares:

Personales:

Deportivos:

Antropometría:

Altura: _____ **cm** **Peso:** _____ **kg.** **A.Orina:**

Aparato Cardio-circulatorio:

Auscultación: **Tensión arterial:** _____ **mm Hg.** **Electrocardiograma**

Aparato respiratorio:

Auscultación:

Espirometría:

Aparato locomotor (observaciones):

Espalda:

Rodilla:

Pies (huella planta)

Resto de exploración:

S.N.C.: **Agudeza Visual:** **O.R.L.:** **Hábitos (tabaco, ...)**

Test de Ruffler-Dickson: P₀ _____ P₁ _____ P₂ _____ **I.R.D.** _____ (_____)

Observaciones:

Evaluación:

APTO

NO APTO

Fecha: ____/____/____

Fdo.: Dr. _____ **Nº Col.:** _____

Cumpliendo con la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que, con su firma, usted (o su tutor legal, o representante legal) otorga el consentimiento para que sus datos personales formen parte de los tratamientos de la Mutuality de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645), en la calle José Echegaray 8, Ed III plta. 2ª Las Rozas. Datos que podrán ser utilizados a los solos efectos de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutuality, y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación, y en su caso, durante los plazos legales exigibles a la Mutuality. Se informa que sus datos podrán ser cedidos tanto a la Federación Autónoma o Territorial de fútbol (para dar cumplimiento al artículo 59 de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte), como a las compañías reaseguradoras (para dar cumplimiento, tanto a los convenios suscritos entre MUPRESFE y las compañías reaseguradoras, como al artículo 77 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro), así como ser comunicados a los centros medicos colaboradores con MUPRESFE (para dar cumplimiento a los convenios de asistencia médica suscritos entre MUPRESFE y los centros médicos). Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, de portabilidad de datos, y de limitación del tratamiento dirigiéndose por escrito a la Mutuality de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, (calle José Echegaray 8, Ed III plta. 2ª Las Rozas), acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad y en el caso de ser responsable de un menor de cualquier documento que acredite su representación, o bien por correo electrónico al buzón de notificaciones_gdpr@mupresfe.com

Fdo.: D/Dª.....
(El mutualista, o su tutor o representante legal)