



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

**SELLO DEL CLUB** Parte fechada 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  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 \_\_\_\_\_

• Cuando la lesión sea leve, puede consignar el alta en esta casilla  ALTA MÉDICA

• Todo Parte no cumplimentado será devuelto

• Es obligatorio adjuntar fotocopia de la Ficha Federativa y del DNI junto a esta parte

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

El Médico de la Mutualidad