ASOCIACION DE FUTBOL
DE VETERANOS DE LA CORUÑA

Plaza Agustín Díaz
COMPLEJO POLIDEPORTIVO DE ELVIÑA
LOCAL 24 – 15008 LA CORUÑA
Teléfono y Fax: 981 132 362
Email: asociacion@futbolveteranocoruna.com

La Coruña, 16 de septiembre de 2016

A TODOS LOS DELEGADOS

ADJUNTO SE REMITE EL PARTE QUE HAY QUE CUBRIR EN CASO DE PRODUCIRSE ALGUNA LESIÓN DURANTE UN ENCUENTRO DE FÚTBOL (SE RECOMIENDA TENER ALGUNA COPIA EN PODER DEL EQUIPO).

DICHO PARTE SE PUEDE BAJAR DE LA PÁGINA DE LA F.G.F. Y EL CAMINO PARA SU DESCARGA ES EL SIGUIENTE:

- *WWW.FUTGAL.ES*
- *MUTUALIDADE*
- *SEGURO AFICIONADO Ó XUVENIL*
- *PARTE DE ACCIDENTE DEPORTIVO.PDF*
- *PARTE DE LESIONES.PDF*

Fdo: José Bermúdez Veiga

Secretario

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 GALLEGA ..... 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 .....

El Médico de la Mutualidad

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