



**DELEGACION TERRITORIAL VIZCAINA
DE LA MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS.**

Responsable:
Firma:

Expediente n°:

ES IMPRESCIDIBLE RELLENAR TODOS LOS DATOS

CLUB	ARRIPU F.K.
CATEGORIA	
TELEFONO CLUB	

Modalidad	Fútbol	☐
	Fútbol Sala	☐
	Fútbol Femenino	☐

DATOS DEL LESIONADO		
Nombre	DNI	Teléfono
Apellido	F. Nacimiento	
Domicilio	C. Postal	Localidad

Fecha de la lesión	Posición en el campo	Clase de Licencia	Lesión producida en
Fecha	Portero ☐ Defensa ☐ Medio ☐ Delantero ☐		Partido amistoso ☐ Partido oficial ☐ Entrenamiento ☐ Desplazamiento ☐
EQUIPO CONTRARIO			

A RELLENAR POR EL LESIONADO	
Circunstancia y detalle de la lesión: _____	
¿Ha tenido alguna lesión anterior? SI ☐ NO ☐ (En caso afirmativo especifique cuál)	

Declaro estar enterado de las coberturas, garantías y centros concertados que figuran al dorso.
FIRMA DEL LESIONADO

Conociendo la lesión sufrida, autorizo la utilización de servicios médicos concertados por la Mutualidad de Futbolistas. Asimismo, declaro que el accidentado se encuentra en alta médica por la Mutualidad.	
FIRMA DEL PRESIDENTE	SELLO

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para el cumplimiento del propio contrato de seguro, la valoración de los daños ocasionados en su persona, la cuantificación en su caso, de la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo, acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en la Delegación Territorial Vizcaína de la Mutualidad de Futbolistas, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999; de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

A RELLENAR POR EL MEDICO	
Atendido en consulta:	ORDINARIA ☐ URGENTE ☐ INGRESO ☐
Diagnóstico:	
Clasificación de la lesión:	
Anatomopatológicos:	Código n° Asiento anatómico: Código n°
Tratamiento actual:	Vendaje ☐ Férula ☐ Yeso ☐ Sutura ☐ Otros
Posibles Pruebas diagnósticas:	RX ☐ RMN ☐ TAC ☐ ECOG ☐ GG ☐ MG ☐ tras
Posibles tratamientos Ulteriores:	RHB ☐ IQ ☐ Otros
¿Causa baja deportiva?	SI ☐ NO ☐ N° Días de baja estimada:
¿Concurre alguna enfermedad o lesión anterior relacionada con esta lesión	SI ☐ NO ☐ Especifique cuál:
DIA: HORA: FIRMA DEL MÉDICO	