

**MUTUALIDAD DE
FUTBOLISTAS ESPAÑOLES**
Servicio Médico de la Delegación de Las Palmas

Categoría.....

Código Club.....

Club.....

D.N.I.....

Apellidos y Nombre.....

Domicilio..... Tel.....

Fecha nacimiento...../...../..... en..... Provincia de.....

Biometría y Exploraciones	Fecha de examen	Biometría y Exploraciones	Fecha de examen
N - Peso		A - Aparato Cardio - vascular	
N - Talla de pie		A - Otorrinolaringología	
N - Talla sentado		A - Permeabilidad nasal	
N - Perímetro torácico Máximo		A - Ojos	
N - Perímetro torácico Mínimo		A - Sistema nervioso	
N - Perímetro abdominal		N - Pulsaciones en reposo	
N - Espirometría		N - Pulsaciones tras 20 flexiones	
A - Hábito constitucional		N - Tiempo de recuperación	
A - Deformidades físicas		N - Presión art. en reposo Máxima	
A - Complexión física		N - Presión art. en reposo Mínima	
A - Estado de Nutrición		N - Presión art. tras 20 flex. Máx.	
A - Hernias escópicas		N - Presión art. tras 20 flex. Mini.	
A - Miembros y articulaciones		N - Tiempo de recuperación	
A - Aparato Respiratorio			
Aptitud del Reconocimiento		OBSERVACIONES.....	

SELLO DEL FACULTATIVO

FIRMA DEL FACULTATIVO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO

N.º COLEGIADO.....

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

D.N.I.:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....

DOMICILIO:.....

DATOS TUTOR LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

COMO: { PADRE ☐
MADRE ☐
TUTOR LEGAL ☐

D.N.I.:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....

DOMICILIO:.....

DECLARO. - Marque con una X la respuesta correcta, si la respuesta es afirmativa debe hacer las aclaraciones solicitadas.

1 - ¿Padece o ha padecido alguna Enfermedad?

No.....

Si.....¿Cual?.....

2 - ¿Se ha operado alguna vez?

No.....

Si.....¿De qué?.....

3 - ¿Toma medicación Actualmente?

No.....

Si.....¿Cual?.....¿Para que enfermedad?.....

4 - ¿Ha sufrido Fractura, Luxaciones o Esguinces?

No.....

Si.....¿En qué parte del Cuerpo?.....¿Cuántas veces?.....

Fecha y Firma del Paciente o Tutor Legal, si es menor de Edad.

**MUTUALIDAD DE
FUTBOLISTAS ESPAÑOLES**

Servicio Médico de la Delegación de Las Palmas

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 Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645), en la calle Viriato, 2, 1º, puerta 2 (28010), de Madrid. Datos que podrán ser utilizados a los solos efectos de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutualidad, y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación, y en su caso, durante los plazos legales exigibles a la Mutualidad. Se informa que sus datos podrán ser cedidos tanto a la Federación Autonómica 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 médicos 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 Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, (calle Viriato, 2, 1º, puerta 2 (28010), de Madrid), acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad y en el caso de ser el responsable de un menor de cualquier documento que acredite su representación, o bien por correo electrónico al buzón notificaciones_gdpr@mupresfe.com

Fdo.: D./Dº _____

(El mutualista, o su tutor legal o representante legal)



REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE FUTBOL
MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL
DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES
A PRIMA FIJA
DELEGACION DE LAS PALMAS

CUESTIONARIO COVID-19-PROTOCOLO SANITARIO DE LA FCF

1. Datos del/la futbolista

Nombre y Apellidos:		
Teléfono:	Domicilio:	
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Edad:	años	Email:

2. Datos del Padre, Madre o Tutor Legal ¹

Nombre y Apellidos:		
Teléfono:	Domicilio:	
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Edad:	años	Email:

3. A cumplimentar por el/la interesado/a

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	SI	NO
¿Ha estado en cercanía con alguien que ha tenido un diagnóstico confirmado por un análisis de laboratorio del COVID-19 en los últimos 14 días?	☐	☐
¿Ha Presentado en los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas? ■ Fiebre (más de 37.3 C) ■ Tos ■ Falta de aire / dificultad para respirar ■ Dolor torácico ■ Dolores musculares ■ Falta de gusto ■ Falta de olfato ■ Dolores de cabeza ■ Dolor de garganta ■ Diarrea	☐	☐

Declaro que todos los datos aportados en este cuestionario, y referentes a mis antecedentes médicos, son ciertos, asumiendo las responsabilidades derivadas de manifestar o declarar datos erróneos o falsos.

4. Protección de datos

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 Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españolas a Prima Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645), en la calle Viriato 2, 1ª, puerta 2 (28010), de Madrid. Datos que podrán ser utilizados a los solos efectos de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutualidad, y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación, y en su caso durante los plazos legales exigibles a la Mutualidad. Se informa que sus datos podrán ser cedidos tanto a la Federación Autonómica o Territorial de fútbol (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 médicos 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 Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españolas a Prima Fija, (calle Viriato, 2,1ª, puerta 2 (28010), de Madrid), acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad y en el caso de ser el responsable de un menor de cualquier documento que acredite su representación, o bien por correo electrónico al buzón notificaciones_gdpr@mupresfe.com

En _____, a _____ de _____ de 2020

Firma

Firma del/la Padre/Madre/Tutor Legal

¹ Cumplimentar sólo en el caso de que el/la futbolista sea menor de edad.