

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

Categoría.....

Código Club.....

Club.....

D.N.I.....

Apellidos y Nombre.....

Domicilio..... Telf.....

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

Biotría y Exploraciones	Fecha de examen	Biotría y Exploraciones	Fecha de examen
N - Peso		A - Aparato Cardíaco - vascular	
N - Talla de pié		A - Otorrinolaringología	
N - Talla senlado		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 ectopías		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

D.N.I.:..... { MADRE

FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:..... { TUTOR LEGAL

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./D^o _____
(El mutualista, o su tutor legal o representante legal)