



Mutualidad de Futbolistas

RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVENTIVO

CATEGORÍA _____

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Apellidos _____

DNI _____ Fecha Nacimiento ____/____/____ Lugar _____ Tfno _____

ANAMNESIS DIRIGIDA

Indicar sí o no si se ha padecido alguna de las siguientes enfermedades / síntomas

AF de IAM/MS/ECV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor torácico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CV CC.AA. completo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asma bronquial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fracturas frecuentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sedentarismo (<1h/sem)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mareo o síncope	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cefalea / migraña	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN Y BIOMETRÍA

Peso _____ Talla _____ IMC _____ FC reposo _____ FC p.ejer. _____ FC 60" _____

TA reposo ____ / ____ TA 60" ____ / ____ SO₂ reposo _____ SO₂ 60" _____ Pulsos P _____

Auscultación cardiaca _____ Auscultación respiratoria _____

Aparato locomotor _____ Vista _____ Oído _____

OTROS DATOS

Lesiones previas: sí ¿cuáles? _____ no

Otras enfermedades: sí ¿cuáles? _____ no

Medicación: sí ¿cuáles? _____ no

Alergias conocidas: sí ¿cuáles? _____ no

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO DE FECHA: _____

Apto para práctica fútbol: Sí NO OBS: _____ Validez _____ años

FIRMAS

Deportista

Padre/madre/tutor

DNI: _____

Dr/a: _____

Nº colegiado: _____

Club: _____

Nº club: _____

(FIRMA Y SELLO)

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO DE FECHA: _____

Apto para práctica fútbol: Sí NO OBS: _____ Validez _____ años

FIRMAS

Deportista

Padre/madre/tutor

DNI: _____

Dr/a: _____

Nº colegiado: _____

Club: _____

Nº club: _____

(FIRMA Y SELLO)

Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

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, 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 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, 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

Fdo.: D./Dª.....
(El mutualista, o su tutor legal o representante legal)