

REAL FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE MADRID

COMITÉ DE ÁRBITROS

**TEMPORADA
2022-2023**

CIRCULAR N°5 CAFM

**RECONOCIMIENTO MÉDICO
Y PROCEDIMIENTO
EN CASO DE LESIÓN**



REAL FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE MADRID

COMITÉ DE ÁRBITROS

GESTIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS



INTRODUCCIÓN

Tal y como recoge el artículo 28 del Reglamento General de la RFFM, todos los árbitros y árbitros asistentes del CAFM deberán superar **anualmente** el reconocimiento médico de aptitud para la práctica deportiva que al efecto establezcan los Servicios Médicos de la RFFM.

Para facilitar la gestión de las citas con la **MUPRESFE**, disponemos de una herramienta en la intranet desde la que **TODO**s los árbitros y árbitros asistentes del CAFM pueden solicitar el día y la hora que mejor se adapte a su disponibilidad dentro del rango de fechas elegibles.

GESTIÓN DE CITAS

Se deberá seguir el siguiente procedimiento.

Una vez que aparezca el símbolo de la siguiente imagen en nuestra intranet, debemos proceder a solicitar la cita para la renovación del Reconocimiento Médico.



Para ello, debemos ir a la ficha de árbitro desde: *Comité de Árbitros/Gestión/Fichas de árbitros*.



Una vez en la ficha, debemos entrar a la pestaña de “*Citas Médicas*” para acceder a la funcionalidad de gestión de citas pinchando sobre el botón “*Solicitar Cita Reconocimiento*”



CIRCULAR N°5 CAFM. Temporada 2022-2023

Reconocimiento médico y procedimiento en caso de lesión



Dentro de la funcionalidad nos aparece una nota con instrucciones que debemos seguir el día de la cita. Sin marcar el check **"Leído"**, no nos dejará grabar al finalizar el proceso.

NOTA: Deberá permanecer en ayunas por lo menos **6 horas** antes de la cita y mantener una dieta baja en grasas para la extracción de sangre y deberá llevar la siguiente documentación:

- Fotocopia del DNI
- Una fotografía tamaño DNI pegada en la ficha de Reconocimiento.
- Ficha para el reconocimiento médico que tienes que imprimir desde la intranet.

LEÍDO ☒

LEÍDO ☐

Datos de la Cita

Seleccione Agenda: -- Seleccione -- * Clínica: --Selecione agenda-- *

Cita propuesta por el sistema

Seleccione clínica y agenda para ver la cita propuesta del sistema

Una vez elegida la agenda disponible y como clínica **"Mutualidad"**, nos aparecerán los días y horarios (libres y ocupados). El sistema nos propondrá una cita de entre los horarios disponibles para ese día, pero pinchando sobre otro día u hora disponible, elegiremos la cita que mejor se adapte a nuestra disponibilidad.

Datos de la Cita

Seleccione Agenda: Reconocimientos CTA MUPRESFE * Clínica: MUTUALIDAD *

Cita propuesta por el sistema

Médico JAVIER OLIÁS DE LIMA GETE Fecha 01-09-2022 Disponibilidad 17:36 - 17:39

< > Hoy **septiembre 2022** Mes

lun.	mar.	mié.	jue.	vie.	sáb.	dom.
29	30	31	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	1	2
3	4	5	6	7	8	9

Disponibilidades:

- 01-09-2022 de 17:00:00 a 17:03:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:03:00 a 17:06:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:06:00 a 17:09:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:09:00 a 17:12:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:12:00 a 17:15:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:15:00 a 17:18:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:18:00 a 17:21:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:21:00 a 17:24:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:24:00 a 17:27:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:27:00 a 17:30:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:30:00 a 17:33:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:33:00 a 17:36:00 h Ocupado
- 01-09-2022 de 17:36:00 a 17:39:00 h Libre

Después de seleccionar el día y la hora, debemos **grabar** para que el sistema nos asigne la cita en las condiciones elegidas.

Datos de la Cita

Seleccione Agenda: -- Seleccione -- * Clínica: --Selecione agenda-- *

Cita propuesta por el sistema

Se ha asignado una cita para el día 01-09-2022 si desea cambiar la cita por favor, póngase en contacto con el Comité Técnico de Árbitros.

Aceptar

Una vez confirmada, no podemos cambiar ni eliminar la cita nosotros. En caso de que surja algún inconveniente, debemos llamar al CAFM lo antes posible para modificarla.

Inmediatamente recibiremos la confirmación de la cita a través del correo personal y del correo interno.

Carpetas - Recibidos

Temporada: Últimas dos temporadas Mover Seleccionados a: ----- Marcar como leídos Marcar como no leído

Asunto	Recibido / Leído	Remitente	
Aviso desde el Comité de Árbitros	 03/08/2022 09:25  -----	Comité Árbitros	☐

En el mensaje figura la información de la cita y se adjuntan dos archivos que deberemos descargar e imprimir para llevar a la clínica el día del reconocimiento.

Correo

Le ha sido asignada una cita de reconocimiento médico

Fecha: 01-09-2022 Hora: 17:36

Centro: MUTUALIDAD
Dirección: C/ Cardenal Cisneros, 77
Localidad: Madrid
Provincia: Madrid
Telefono: 914461354
Fax:
Email:

DEBERÁ LLEVAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- FOTOCOPIA DEL D. N. I.
- UNA FOTOGRAFIA TAMAÑO D. N. I.
- FICHA PARA EL RECONOCIMIENTO MEDICO QUE TIENES QUE IMPRIMIR EL MODELO

Imprimir Justificante:  Imprimir Modelo: 

Además, dispondremos de esta información en la pestaña “Citas Médicas” de la ficha de árbitro.

Datos Pruebas Recibos Cuotas Tallas Prendas **Citas Médicas** Bajas Temporales Trofeos Cambios Histórico Disponibilidad

Solicitar Cita Reconocimiento +

Fecha Cita	Agenda	Centro	Fecha Validez	Estado	Acciones
01-09-2022 17:36	Reconocimientos CTA MUPRESFE	MUTUALIDAD			Modelo  Justificante 

CIRCULAR Nº5 CAFM. Temporada 2022-2023

Reconocimiento médico y procedimiento en caso de lesión



Es obligatorio llevar el modelo de ficha de reconocimiento con la foto pegada al impreso el día de la cita, y cumplir con las instrucciones que se indican en el justificante en lo que a documentación y ayunas se refiere

 MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS DELEGACIÓN TERRITORIAL MADRILEÑA C/ Cardenal Cisneros 77 28010 - MADRID  5100536972		RECONOCIMIENTO MÉDICO CARDIOFÚTBOL 1 MAYORES DE 35 AÑOS, ÁRBITROS Y ENTRENADORES										
La fotografía deberá ser original y ésta se ajustará al tamaño del cuadro indicado ADJUNTAR OBLIGATORIAMENTE FOTOCOPIA DEL D.N.I O LIBRO DE FAMILIA (No grapar documentación)												
<table border="0"> <tr> <td>Primer Apellido/Surname 1: xxxxxxxx</td> <td>Segundo Apellido/Surname 2: xxxxxxxx</td> </tr> <tr> <td>Nombre/Prenome: xxxxxxxx</td> <td>N.I.F. nº: xxxxxxxx Fecha de Nacimiento: 01-01-XXXX</td> </tr> <tr> <td>Domicilio: Madrid</td> <td>Nº: Teléfono: xxxxxxxx</td> </tr> <tr> <td>Localidad: Madrid</td> <td>Código Postal: 280XX Nacionalidad:</td> </tr> <tr> <td>Nº del Club:</td> <td>Nombre del Club: Licencia de: Árbitro</td> </tr> </table>			Primer Apellido/Surname 1: xxxxxxxx	Segundo Apellido/Surname 2: xxxxxxxx	Nombre/Prenome: xxxxxxxx	N.I.F. nº: xxxxxxxx Fecha de Nacimiento: 01-01-XXXX	Domicilio: Madrid	Nº: Teléfono: xxxxxxxx	Localidad: Madrid	Código Postal: 280XX Nacionalidad:	Nº del Club:	Nombre del Club: Licencia de: Árbitro
Primer Apellido/Surname 1: xxxxxxxx	Segundo Apellido/Surname 2: xxxxxxxx											
Nombre/Prenome: xxxxxxxx	N.I.F. nº: xxxxxxxx Fecha de Nacimiento: 01-01-XXXX											
Domicilio: Madrid	Nº: Teléfono: xxxxxxxx											
Localidad: Madrid	Código Postal: 280XX Nacionalidad:											
Nº del Club:	Nombre del Club: Licencia de: Árbitro											
FECHA DE PRESENTACIÓN: (Máximo 2 meses desde la realización) LA VALIDEZ EN EL ÁMBITO FEDERATIVO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO REALIZADO SERÁ HASTA (MES/AÑO)	EL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLUB (Firma y Sello) D.N.I. nº											
TEST BÁSICO	ELECTROCARDIOGRAMA / ECOGRAFÍA CARDIOLÓGICA Y ANALÍTICA											
Al afiliado cuyos datos personales anteceden en el día de la fecha, se le realiza el reconocimiento médico por: el/la Doctor/a D./Dª Con N.I.F. nº Colegiado en Con el nº siendo los resultados de las pruebas, los siguientes:	Al afiliado cuyos datos personales anteceden en el día de la fecha, se le realiza el reconocimiento médico por: el/la Cardiólogo/a D./Dª Con N.I.F. nº Colegiado en Con el nº siendo los resultados de las pruebas, los siguientes:											
ANAMNESIS CLÍNICA Y ANTECEDENTES	OBSERVACIONES ELECTROCARDIOGRAMA											
AUSCULTACIÓN CARDIO-PULMONAR BASAL	OBSERVACIONES ECOGRAFÍA CARDIOLÓGICA											
TOMA TENSIÓN ARTERIAL	ELEMENTOS DE ANALÍTICA ☐ Hemograma ☐ Fórmula Leucocitaria ☐ Encimas ☐ Bioquímica ☐ Metabolismo Lipido ☐ Velocidad de Sedimentación											
OBSERVACIONES De los precedentes datos el Facultativo que suscribe le considera: ☐ Apto ☐ No Apto para la práctica del Fútbol. Madrid,	De los precedentes datos el Facultativo que suscribe le considera: ☐ Apto ☐ No Apto para la práctica del Fútbol. Madrid,											
5100536972 (Firma y Sello del Médico)	5100536972 (Firma y Sello del Cardiólogo/a.)											
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 Mutuality of Footballists 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 Mutuality, y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación, y en su caso, durante los plazos legales exigibles a la Mutuality. 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 Mutuality of Footballists 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, tutor legal o representante legal)												

REAL FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE MADRID

COMITÉ DE ÁRBITROS

PROCEDIMIENTO EN CASO DE LESIÓN



INTRODUCCIÓN

Es accidente deportivo, el sufrido por el mutualista con ocasión del ejercicio del deporte del fútbol. **El accidente debe ocurrir durante la celebración de partidos oficiales o amistosos, en este caso autorizado por la RFFM, entrenamientos o en los desplazamientos para la celebración de dichos encuentros.**

No será considerado accidente deportivo cualquier otro distinto de lo anterior, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte.

¿QUÉ DEBE HACER SI SE LESIONA EN UN ACCIDENTE DEPORTIVO?

Ocurrida la lesión, cabe diferenciar claramente **tres tipos de asistencia:**

1. URGENCIA VITAL

Solamente se produce ésta si se encuentra en alguno de estos tres supuestos:

- que corre peligro su vida
- que tenga una fractura abierta
- pérdida del conocimiento

En estos casos:

- **Trasládese al centro sanitario más próximo.** Hágalo lo antes posible, en el medio de transporte más inmediato del que disponga, y solo en caso de no disponer de ninguno solicite una ambulancia al centro coordinador de VITALIA, en el número de teléfono **916 097 758**.
- Si quedase internado en el centro sanitario, en el plazo de 24 horas desde su ingreso llame al teléfono **914 461 354** en horario de **9:30 a 13:30h. y de 16:45 a 20:15h. de lunes a viernes, o al teléfono 680 30 26 76 los fines de semana en horario de 9:00 a 21:45h.** y solicite instrucciones para su traslado a un centro sanitario concertado por la Mutualidad en el plazo más breve posible. Si no realiza esa comunicación, los gastos que genere su atención a partir de las 24 horas indicadas, serán a su cargo.

2. ASISTENCIA URGENTE

Solamente se produce ésta, si sufre un dolor tan intenso que debe ser atendido de forma inmediata y no puede esperar a una consulta posterior. **Nunca acuda a urgencias si han pasado más de 24 horas.**

En estos casos:

- Puede acudir directamente a cualquiera de los centros concertados de primera asistencia de urgencia (ver ANEXO 1), en el cual será atendido previa identificación de la condición de asegurado de esta entidad. El mutualista deberá acudir a los centros de referencia de la DT Madrileña **con el parte de lesión (ver ANEXO 2) cumplimentado y firmado por el responsable de su club (en el caso de mutualistas del CAFM, por el propio árbitro o árbitro asistente).** **Ningún mutualista será atendido si no cumple con este requisito.** Posteriormente a esta asistencia, si fuera preciso el seguimiento de la lesión, deberá ponerse en contacto con esta Mutualidad para solicitar cita previa en el teléfono **914461354**, en los horarios anteriormente señalados.

3. Resto de LESIONES NO URGENTES

En estos casos, llame al tfno. **914 461 354**, en los horarios selados anteriormente y solicite una cita para su atención en los Servicios Médicos de esta Territorial (C/ Cardenal Cisneros, 77).

Así mismo, disponemos de un **tfno. de urgencias el 680 30 26 76**, para información en los fines de semana en época de competición, en horario **de 9:00 a 21:45h.**, siendo **exclusivamente para temas relacionados con la asistencia de urgencias producida en ese fin de semana.**

ADVERTENCIAS

Recuerde siempre que la Mutualidad no se hará responsable de los gastos producidos, **que deberán ser a su cargo:**

- Si acude a un **centro sanitario NO concertado**, salvo la excepción comentada de urgencia vital, y solo durante las primeras 24 horas.
- Si se traslada en ambulancia **sin ser una urgencia vital**.
- Si acude a consultas, pruebas o intervenciones quirúrgicas realizadas **sin la previa autorización de la Mutualidad**.

Recuerde también que:

- El plazo máximo para la comunicación a la Mutualidad de cualquier lesión es de **7 días desde la ocurrencia del accidente**, cumplimentando el preceptivo **parte de lesiones**.
- La práctica deportiva durante el período de baja deportiva, será motivo de paralización del tratamiento iniciado, e implicará la no atención de los gastos y atenciones posteriores por la Mutualidad.

TRANSPORTE SANITARIO URGENTE - AMBULANCIAS

Este servicio estará operativo para toda la Comunidad de Madrid durante las **24 horas del día y los 7 días de la semana**. Será prestado por VITALIA a través de su centro coordinador. Su número de teléfono es el **916 097 758**.

EN CASO DE AGRESIÓN

En caso de sufrir una agresión y antes de interponer la correspondiente denuncia, **no se debe acudir a las clínicas concertadas por la MUPRESFE**. En estos casos, **se deberá acudir a un centro de URGENCIAS de la Seguridad Social** para después aportar el parte de lesiones pertinente al hacer la denuncia

EN CASO DE URGENCIA POR LESIONES SUFRIDAS FUERA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En estos casos, se deberá acudir al **hospital más cercano** para recibir la atención sanitaria. Los gastos ocasionados serán asumidos por la MUPRESFE.

Para más información sobre los servicios médicos de la RFFM, visita:

<https://www.mutualidaddefutbolistas.com/madrid/>

ANEXO 1

CENTROS ASISTENCIALES CONCERTADOS. DELEGACIÓN MADRILEÑA

URGENCIAS - PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS - CONSULTA

MADRID

- **HOSPITAL QUIRÓN SAN JOSE**, C. de Cartagena, 111, 28002 Madrid.
Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días –
- **HOSPITAL HM SANCHINARRO**, C. de Oña, 10, 28050 Madrid.
Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días –
- **HOSPITAL HM MADRID**, Pl. del Conde del Valle de Súchil, 16, 28015 Madrid.
Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días –
- **RUBER JUAN BRAVO QUIRON**, Calle de Juan Bravo, 49, 28006 Madrid.
Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días –
- **HOSPITAL LA LUZ QUIRON**, C. del Maestro Ángel Llorca, 8, 28003 Madrid.
Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días –
- **HOSPITAL VITHAS NTRA. SRA. DE AMERICA**, C. de Arturo Soria, 103-105, 28043.
Teléfono: 914 13 00 61 – Atención 24 horas, todos los días –
- **CLINICA DT MADRID**, Calle del Cardenal Cisneros, 77, 28010 Madrid.
Teléfono: 914 46 13 54 – lunes a viernes de 17:00 a 20:00 –.

NORTE

- **CLINICA LA CHOPERA**, P.º de la Chopera, 121, 28100 Alcobendas, Madrid.
Teléfono: 916 61 00 21 – Atención de lunes a viernes de 8:00 a 21:00.
Sábados de 9:30 a 14:00. Festivos cerrados –.
- **CM DESCUBRIDORES**, sector Descubridores, 44, 28760 Tres Cantos, Madrid.
Teléfono: 918 03 32 38 – Atención de lunes a viernes de 8:00 a 21:00.
Sábados de 9:30 a 14:00. Festivos cerrados –.

OESTE

- **HOSPITAL QUIRON POZUELO**, C. Diego de Velázquez, 1, 28223 Pozuelo de Alarcón.
Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **HOSPITAL HM TORRELODONES**, Av. Castillo Olivares, s/n, 28250 Torrelorones.
Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **HOSPITAL HM MONTEPRINCIPE**, Av. de Montepíncipe, 25, 28660 Boadilla del Monte.
Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **CLINICA MÉDICA VILLALBA**, Urb. Los Belgas - Pereda 1 y 3, 28400 Collado Villalba,
Teléfono 911 92 26 26 – lunes a viernes de 8:30 a 21:00. Festivos y sábados cerrados –.
- **HOSPITAL VITHAS ARAVACA**, C. de la Salle, 12, 28023 Madrid,
Teléfono: 915 12 90 00 – Atención 24 horas, todos los días –.

ESTE

- **HOSPITAL HM VALLES**, C. Santiago, 14, 28801 Alcalá de Henares, Madrid, Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **CENTRO MÉDICO QUIRSALUD VALLE DEL HENARES** (Alcalá de Henares), C. República Dominicana, 6, 28806 Alcalá de Henares, Madrid. Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **HM LA PALOMA**, C. Virgen Paloma, 15, 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid, Teléfono 902 99 85 85 – lunes a viernes de 9:00 a 13:00 y de 16:00 a 20:00 –.
- **HOSPITAL QUIRSALUD VALLE DEL HENARES** (Torrejón de Ardoz), Av. de la Constitución, 249, 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid, Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **CLINICA CELLOSA**, C. de la Solana, 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid, Teléfono 916 75 34 09 – lunes a viernes de 8.00 a 21:00 (previa cita). Sábados y festivos cerrados –.

SUR

- **HOSPITAL QUIRONSALUD SUR**, C. Estambul, 30, 28922 Alcorcón, Madrid. Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **HOSPITAL HM PUERTA DEL SUR**, Av. Carlos V, 70, 28938 Móstoles, Madrid. Teléfono: 901 08 8212 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **MEDICENTRO**, Av. de la Mancha, 23-25, 28912 Leganés, Madrid, Teléfono: 914 81 02 65 – Atención de lunes a viernes de 9:00 a 21:00. Sábados de 9:00 a 15:00. Festivos cerrados –.
- **HOSPITAL LOS MADROÑOS**, M-501, Km 17,900, 28690 Brunete, Madrid. Teléfono: 918 16 35 26 – Atención 24 horas, todos los días –.
- **CLINICA ATLAS**, C. de Postas, 81, 28300 Aranjuez, Madrid. Teléfono: 918 92 53 73 – lunes a viernes de 9:00 a 21:00 –.

Para más información sobre los servicios médicos de la RFFM, visita:

<https://www.mutualidaddefutbolistas.com/madrid/>

CIRCULAR Nº5 CAFM. Temporada 2022-2023

Reconocimiento médico y procedimiento en caso de lesión



ANEXO 2

PARTE DE LESIONES T. 2022-2023

Para descargar el parte de lesiones, pincha sobre el siguiente enlace:

[DESCARGAR PARTE DE LESIONES MUPRESFE 2022-2023](#)

MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS

SELLO DEL CLUB

Parte fechada en _____ a _____ de _____ del _____

Nombre y apellidos del Directivo del Club que firma el presente parte _____

El presente parte se presenta en cumplimiento de lo establecido en el artículo 6.1 b) del ROPD, en el que se establece la obligación de los clubes de fútbol de presentar a la Mutuality de Fútbolistas de Madrid el presente parte de lesiones de los jugadores de fútbol, a fin de que se pueda dar seguimiento a los jugadores lesionados en el artículo 6.1 b) del ROPD, pudiendo presentarse en cualquier momento y en cualquier lugar del territorio de la Comunidad de Madrid.

Delegación Territorial _____ Nº EXPEDIENTE _____ FIRMA _____

DNI _____ Nº CLUB _____ NOMBRE DEL CLUB _____

Fecha de nacimiento _____ Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Provincia _____ Cód. Postal _____ Teléfono _____ Dirección email _____

Puesto _____

Superficie de entrenamiento _____

Entrenamiento semanal minutos _____

Fecha de lesión _____ ¿Cómo se produjo la lesión? Partido _____ Entrenamiento _____ Otro especificar _____

Si fue en el partido, ¿en qué minuto? _____ ¿En qué superficie? _____ ¿Hubo colisión? SI NO

Asistencia prestada por Dr./Dra. _____ Asistente médico (jefe de 1) _____ Latencia de socorro (min) _____

Tipos de lesiones (jefe de 1) _____ Lesión de la cabeza _____ Lesión de la cara _____ Lesión de la boca _____ Lesión de la nariz _____ Lesión de la oreja _____ Lesión de la mano _____ Lesión de la muñeca _____ Lesión de la cadera _____ Lesión de la rodilla _____ Lesión de la pierna _____ Lesión de la bota _____ Lesión de la pantorrilla _____ Lesión de la espalda _____ Lesión de la cintura _____ Lesión de la pelvis _____ Lesión de la cadera _____ Lesión de la rodilla _____ Lesión de la pierna _____ Lesión de la bota _____ Lesión de la pantorrilla _____ Lesión de la espalda _____ Lesión de la cintura _____ Lesión de la pelvis _____

Exploraciones complementarias: RX _____ ECO _____ TAC _____ Otro especificar _____

Diagnóstico provisional _____

Tratamiento: SI _____ No _____ Si es conservador, indicar tipo: _____

Observaciones: _____

Diagnóstico definitivo _____

En _____ a _____ de _____ del _____

El médico de la Mutuality _____

INFORMACIÓN EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tratamiento de la información de carácter personal que facilita se hará de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El tratamiento tiene por finalidad la evaluación y gestión de las acciones sanitarias pertinentes a efectos del tratamiento de la lesión del futbolista, valorando todas aquellas circunstancias que puedan tener efecto sobre el tratamiento o la producción de la misma, en base a la afiliación del interesado con la Mutuality de Fútbolistas de Madrid.

El responsable del tratamiento será la Mutuality de Fútbolistas de Madrid, con NIF V8559645 y dirección en C/ Vistoso 2, 28010, Madrid, que garantizará la aplicación de las medidas de seguridad técnicas que resulten del correspondiente análisis de riesgos, teniendo en cuenta que los tratamientos afectan a categorías especiales de datos. Así mismo, se podrá comunicar el estado de salud a la Real Federación Española de Fútbol, con la finalidad de gestionar la baja temporal o el alta del interesado en la práctica futbolística federada.

El interesado o su representante o tutor legal podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, o la limitación de su tratamiento, y oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Los datos serán conservados únicamente durante el periodo suficiente para garantizar las finalidades señaladas y no se utilizarán con finalidades diferentes. En cualquier caso, se considera que los datos no se han tratado adecuadamente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, organismo garante de sus derechos en la materia.

Este documento será válido única y exclusivamente para la utilización del mismo en caso de lesión, en los centros reconocidos por esta Mutuality. Por lo que la presentación de este parte de lesiones en otros centros médicos no garantiza la validez y se asume a esta entidad de cualquier responsabilidad derivada de su uso indebido.

Este documento será válido única y exclusivamente para la utilización del mismo en caso de lesión, en los centros reconocidos por esta Mutuality. Por lo que la presentación de este parte de lesiones en otros centros médicos no garantiza la validez y se asume a esta entidad de cualquier responsabilidad derivada de su uso indebido.

Para más información sobre los servicios médicos de la RFFM, visita:

<https://www.mutualidaddefutbolistas.com/madrid/>

REAL FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE MADRID

COMITÉ DE ÁRBITROS

CIRCULAR Nº5 CAFM

RECONOCIMIENTO MÉDICO Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE LESIÓN
TEMPORADA 2022-2023

