



**MUTUALIDAD
DE FUTBOLISTAS**

FOTO
PERSONAL,
SIN MAPA
Y SIN SELLO

**RECONOCIMIENTO MÉDICO
MODELO BÁSICO**

La fotografía deberá ser original y ésta se ajustará al tamaño del cuadro indicado

Primer Apellido/Surname 1 :

Segundo Apellido/Surname 2 :

Nombre/Prenome :

N.I.F. nº :

Fecha de Nacimiento :

Domicilio :

Nº : Teléfono :

Localidad :

Código Postal :

Nacionalidad :

Nº del Club :

Nombre del Club :

Licencia de :

FECHA DE PRESENTACIÓN:

(Máximo 2 meses desde la realización)

**EL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLUB
(Firma y Sello)**

LA VALIDEZ EN EL ÁMBITO FEDERATIVO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO
REALIZADO SERÁ HASTA (MES/AÑO)

D.N.I. nº _____

TEST BÁSICO

Al afiliado cuyos datos personales anteceden en el día de la fecha, se le realiza el reconocimiento médico por:

el/la Doctor/a D./D^a _____

Con N.I.F. nº _____

Colegiado en _____

Con el nº _____

siendo los resultados de las pruebas, los siguientes:

ANAMNESIS CLÍNICA Y ANTECEDENTES

AUSCULTACIÓN CARDIO-PULMONAR BASAL

TENSIÓN ARTERIAL BASAL

TEST DE RUFIER

AUSCULTACIÓN CARDIO-PULMONAR TRAS EL EJERCICIO

TOMA TENSIÓN ARTERIAL TRAS EJERCICIO

OBSERVACIONES

De los precedentes datos el Facultativo que suscribe le considera:

Apto No Apto

para la práctica del Fútbol.

En _____

(Firma y Sello del Médico)

ELECTROCARDIOGRAMA

Al afiliado cuyos datos personales anteceden en el día de la fecha, se le realiza el reconocimiento médico por el Cardiólogo/a o

Especialista en Medicina Deportiva _____

Con N.I.F. nº _____

Colegiado en _____

Con el nº _____

siendo los resultados de las pruebas, los siguientes:

OBSERVACIONES:

De los precedentes datos el Facultativo que suscribe le considera:

Apto No Apto

para la práctica del Fútbol.

En _____

(Firma y Sello del Cardiólogo/a
o Especialista en Medicina Deportiva.)

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 Footballers Spanish to Primary Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645), in the street José Echegaray 8, Ed. III pta. 2ª Las Rozas, Datos que podrán ser utilizados a los solos efectos de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutuality, and during the season in vigor del boletín de afiliación, and in its case, during the legal periods exigibles a la Mutuality. Se informa que sus datos podrán ser cedidos tanto a la Federación Autónoma 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, and de limitación del tratamiento dirigiéndose por escrito a la Mutuality of Footballers Spanish to Primary Fija, (calle José Echegaray 8, Ed. III pta. 2ª Las Rozas), acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad and in the case of being the responsible of a menor de cualquier documento que acredite su representación, o bien por correo electrónico al buzón notificaciones_gdpr@mupresfe.com

Fdo.: D./D^a

(El mutualista, tutor legal o representante legal)