



DELEGACIÓN TERRITORIAL VIZCAÍNA
DE LA MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS

Expediente nº _____

ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR TODOS LOS DATOS

CLUB	CATEGORÍA	TELÉFONO CLUB

MODALIDAD	Fútbol	<input type="checkbox"/>
	Fútbol Sala	<input type="checkbox"/>
	Fútbol Femenino	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL LESIONADO		
Nombre	D.N.I.	Teléfono
Apellidos		F. Nacimiento
Domicilio	Código Postal	Localidad

Fecha de la lesión	Posición en el campo	Clase de Licencia			Lesión producida en
Fecha	Portero <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	Entrenador <input type="checkbox"/>		
	Defensa <input type="checkbox"/>	Aficionado <input type="checkbox"/>	Auxiliar <input type="checkbox"/>		Partido amistoso <input type="checkbox"/>
EQUIPO CONTRARIO	Medio <input type="checkbox"/>	Juvenil <input type="checkbox"/>	E. Mant. <input type="checkbox"/>		Partido oficial <input type="checkbox"/>
	Delantero <input type="checkbox"/>	Cadete <input type="checkbox"/>	ATS <input type="checkbox"/>		Entrenamiento <input type="checkbox"/>
		Infantil <input type="checkbox"/>	Árbitro <input type="checkbox"/>		Desplazamiento <input type="checkbox"/>
		Alevín <input type="checkbox"/>			

A RELLENAR POR EL LESIONADO	
Circunstancia y detalle de la lesión: _____	
¿Ha tenido alguna lesión anterior?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo especifique cuál)

Declaro estar enterado de las coberturas, garantías y centros concertados que figuran al dorso.

FIRMA DEL LESIONADO

Conociendo la lesión sufrida, autorizo la utilización de los servicios médicos concertados por la Mutualidad de Futbolistas y Allianz Seguros. Asimismo declaro que el accidentado se encuentra en situación de alta en la Mutualidad.

FIRMA DEL PRESIDENTE SELLO DEL CLUB

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para el cumplimiento del propio contrato de seguro, la valoración de los daños ocasionados en su persona, la cuantificación en su caso, de la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo, acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en la **Delegación Territorial Vizcaína de la Mutualidad de Futbolistas**, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica LS/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

A RELLENAR POR EL MÉDICO	
Atendido en consulta:	ORDINARIA <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/>
Diagnóstico:	_____
Clasificación de la lesión:	_____
Anatomopatológicos:	Código nº _____ Asiento anatómico: Código nº _____
Tratamiento actual:	Vendaje <input type="checkbox"/> Férula <input type="checkbox"/> Yeso <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Otros _____
Posibles Pruebas diagnósticas:	RX <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> ECOG <input type="checkbox"/> EGG <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Otras _____
Posibles Tratamiento Ulteriores:	RHB <input type="checkbox"/> IQ <input type="checkbox"/> Otros _____ Ninguno <input type="checkbox"/>
¿Causa baja deportiva?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nº Días de baja estimada: _____
¿Concurre alguna enfermedad o lesión anterior relacionada con esta lesión?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique cual: _____
DÍA:	HORA: FIRMA DEL MÉDICO

IMPORTANTE:
<ul style="list-style-type: none"> • Para solicitar asistencia médica, <u>es necesario presentar este parte de lesión debidamente cumplimentado</u>, firmado por el Presidente, con sello del Club y la firma del jugador lesionado. • <u>Es imprescindible acompañar la licencia federativa del lesionado</u>. • En el supuesto que por el centro médico sea dado de baja un jugador, la licencia será retirada por el médico y podrá recogerse cuando se presente la correspondiente alta. • Las garantías de la póliza son extensivas única y exclusivamente en los centros concertados a continuación. <u>Los servicios en los hospitales de Osakidetza son utilizables sólo para urgencias.</u>

CENTRO DE COORDINACIÓN MÉDICA:	CEMEDESA. Lunes a viernes de 9 a 13 h y 16 a 19h Tfno 94.412.83.11
---------------------------------------	--

CENTROS DE ASISTENCIA Y CONSULTA

Bilbao:	CLINICA VIRGEN BLANCA-C/Maestro Mendiri, 2 Bilbao Tfno. 94.412.83.11-94.412.70.11
Durango:	CENTRO EZKURDI- C/Askatasun Etorbidea, 23 Tfno. 94.681.81.81
CITA PREVIA: Con el fin de mejorar la calidad de los servicios, las consultas médicas en los Centros de Asistencia (Cemedesa y Ezkurdi) se deberán realizar mediante cita previa en los teléfonos que figuran en este parte.	
HORARIO: Lunes a Viernes de 9 a 13 h y de 16 a 19 h. (Excepto viernes tarde)	

URGENCIAS	
Bilbao	CLINICA VIRGEN BLANCA C/ Maestro Mendiri, 2 Tfno. 94.412.70.11
Bilbao y Resto Provincia:	Centros de Osakidetza

CLÍNICA DENTAL(Exclusivamente)	Dr Ignacio Solís Polo C/Juan de Ajuriaguerra 4-A Tfno 94.423.38.59 Dr Jesús M ^a Arenaza C/ Hurtado de Amezaga 20 Tfno 94.415.78.34
---------------------------------------	--

CENTROS DE REHABILITACIÓN	
ALGORTA:	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Terapias Integradas – Izalde, 1 bajo Tfno 94.430.18.01 • Ethos – Casune 27 Tfno. 94.431.90.61
BILBAO:	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Médico Bailen - Pérez Galdós 49 Tfno 94.439.99.61 • Centro de recuperación Urtzi - Pablo de Alzota 2 Tfno 94.427.50.94 • Jesús Zelaia Ibarra - Virgen de Begoña Tfno 94.446.46.21 • C. Recuperación Medicina y Deporte - Rafaela Ibarra 23 - 5º D Tfno 94.476.32.20 • Miguel Gutiérrez - Colón de Larreategui, 26 bajo Tfno. 94.424.34.41 • Fisioterapia Legarra - Juan de Gardeazabal, 1 Tfno 94.433.90.09 • Eskuka - Correo, 8- 1º Tfno 94.479.46.94 • Fisioterapia Recuperación Funcional Campa - Santutxu, 74 -1º 94.433.16.81 • Centro de Fisioterapia Abando – Villarías, 10 -4º Dpto.404 Tfno 94.600.49.21 • Osalaketa – Licenciado Poza, 10 Tfno. 94.444.17.19 • Sasoian- Txomin Garat 9 ent-derch Tfno 94.400.13.86
BARAKALDO:	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica Nafarroa - Nafarroa, 20 Tfno 94.438.50.22 • Hirurena - Berriotoxa, 1 Tfno 94.404.79.62
BERMEO:	<ul style="list-style-type: none"> • Lamera fisioterapia - Mikel Deuna, 2 Tfno 94.688.02.52
GALDAKAO:	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica Bizkai - Bizkai Kalea, 5 Tfno. 94.457.32.68 • Zaindu- Errekalde bidea 5 trasera Tfno 94.436.70.14
ERANDIO:	<ul style="list-style-type: none"> • Jose Ángel Ramos Gómez – Nafarroa Behera, 2 bajo Tfno.94.467.51.83
ERMUA:	<ul style="list-style-type: none"> • Indartu - Avda de la Diputación, 8-10 Tfno 94.317.21.12
LAS ARENAS:	<ul style="list-style-type: none"> • Fimesport - Muelle Tomas Olábarri, 1 Tfno 94.464.53.55 • Ganeta - Plaza Ganeta, 2 Tfno 94.464.27.94
LEIOA	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Fisioterapia Leioa c/ Luis Bilbao Libano 7 entrep B Tfno 94.402.00.48
GERNIKA:	<ul style="list-style-type: none"> • Ibaurre - Askatasun Kalea, 1-2 Tfno 94.625.55.85 • Gotzon Lauzirika - Carlos Gangoiti, 4 Tfno 94.625.55.80 • Osalan –Uharte Kalea 12 Tfno 946270890
DURANGO:	<ul style="list-style-type: none"> • Alluitz – Sasikoa, 18 Tfno 94.620.20.52 • Ezkurdi -Avda Zumalakarregi, 6-5º Tfno 94.620.43.20
LLODIO:	<ul style="list-style-type: none"> • Osaketa Medikuntza Zentrua - La Muza, 23 Tfno 94.672.64.77 • Clínica Kirozale -José Matía, 6 Tfno 94.672.66.82
MUNGIA:	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica Malay -Lauaxeta Olerkari, 46-C 1º Tfno 94.674.35.87 • Centro Villa Luisa - Goietako Plaza, 5 Tfno 94.674.50.40
ONDARROA:	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Recuperación - Iñaki Deuna, 49 Tfno 94.683.19.18
OROZKO:	<ul style="list-style-type: none"> • Beldio – Larrazabal, 6 Tfno 68.861.16.46
PORTUGALETE:	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiolan - J.Gutierrez Lumbreras, 6 Tfno 94.462.74.47
SANTURTZI:	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto Municipal de Deportes - Paseo Reina Victoria s/n Tfno 94.483.66.25 • Maidier Figueroa Bilbao- Plaza Kabiezes 9 Tfno 94.404.79.61
TRAPAGARAN:	<ul style="list-style-type: none"> • Aritz Monasterio Arana - Dolores Ibarruri, 1 Tfno 94.492.53.98
ZALLA:	<ul style="list-style-type: none"> • Joseba Alonso – Tepeyac,10 Tfno 94.639.06.75

