



**MUTUALIDAD  
DE FUTBOLISTAS**

FOTO  
PERSONA,  
SIN SU APTA  
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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

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 Fixed (MUPRESFE, with C.I.F. V85599645), in the street José Echegaray 8, Ed. III pta. 2ª Las Rozas, Data that will be used for the sole effect of the good achievement of the coverages of medical assistance that offers the Mutuality, and during the temporary in vigor of the bulletin of affiliation, and in its case, during the legal periods exigible to the 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 Footballers Spanish to Primary Fixed, (calle José Echegaray 8, Ed. III pta. 2ª Las Rozas), 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<sup>a</sup>

(El mutualista, tutor legal o representante legal)