



FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE CASTILLA LA MANCHA



FECHA LESIÓN

Parte fechado en _____ a _____ de _____ de _____

Nombre y Apellidos del DELEGADO del Equipo que firma el presente PARTE DE LESIONES: _____

D.N.I.: _____

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del afiliado que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen a un registro informatizado titulado de la "Federación de Fútbol de Castilla-La Mancha", e informarle que le asisten los derechos contenidos en el artículo 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

FIRMA EQUIPO: _____

FIRMA LESIONADO: _____

Expediente núm.

--	--	--	--	--	--

D.N.I.: _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre del Club/Equipo: _____

1.º APELLIDO: _____ Categoría: _____

2.º APELLIDO: _____ Número del Club: _____

NOMBRE: _____ Modalidad: ☐ Fútbol ☐ F. Sala ☐ F. Femenino ☐ F.7 ☐ F.8

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tlf.: _____

Provincia: _____ Cod. Postal: _____

Clase de Licencia: ☐ Profesional ☐ Aficionado ☐ Juvenil ☐ Cadete ☐ Infantil ☐ Alevín ☐
Otros (especificar) _____

Puesto en el equipo: ☐ Portero ☐ Defensa ☐ Medio ☐ Delantero

Superficie: ☐ Césped Natural ☐ Césped Artificial ☐ Otros (especificar) _____

Dónde ocurrió la lesión: ☐ Entrenamiento ☐ Partido (minuto de lesión) _____ Hubo contacto o colisión: ☐ SI ☐ NO Está

relacionada con una lesión anterior: ☐ SI ☐ NO Ha estado hospitalizado anteriormente: ☐ SI ☐ NO

HISTORIA CLÍNICA

Asistencia prestada por DR/Dra: _____ Nº de Colegiado: _____

Clasificación de lesión: T. anatomopatológico/Clave: _____ Asiento anatómico/Clave: _____

Fecha de lesión: _____ Fecha vuelta a la competición: _____

El lesionado causa baja deportiva: ☐ SI ☐ NO Y para su profesión habitual: ☐ SI ☐ NO

Exploración Física: Peso: _____ Talla: _____ Pierna dominante: _____

Exploraciones Complementarias: ☐ RX ☐ RMN ☐ ECO ☐ TAC ☐ Otras: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: ☐ Conservador ☐ Quirúrgico

OBSERVACIONES(1): _____

(1) Cuando la lesión sea leve y de corta duración, puede consignarse su ALTA en esta casilla.

_____ de _____ de 20____

* TODO PARTE DE LESIONES DEBE INDICAR FECHA DE LESIÓN Y ESTAR FIRMADO POR CLUB Y LESIONADO

EL MEDICO,

* Si la historia clínica no está cumplimentada debe de adjuntarse informe médico de urgencias o primera asistencia.

SR. DELEGADO/REPRESENTANTE DEL EQUIPO: _____