

## PARTE DE LESIONES

### INFORMACION PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ CLUB \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEPORTIVA:

CATEGORIA DEPORTISTA:

SENIOR ..... JUVENIL ..... CADETE..... INFANTIL ..... ALEVIN ..... BENJAMIN .....

### PARTE DE LESIONES:

FECHA DE LA LESION \_\_\_\_\_ LUGAR DE LA LESIÓN (hombro, rodilla, pie, etc) \_\_\_\_\_

¿DÓNDE OCURRIÓ? PARTIDO/ ENTRENAMIENTO/OTROS \_\_\_\_\_

¿CÓMO OCURRIÓ? \_\_\_\_\_

¿ESTÁ RELACIONADO CON UNA LESIÓN ANTERIOR DEL MISMO TIPO Y LUGAR? SI  NO

### DATOS DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO:

PORTE CON FECHA \_\_\_\_\_ D.N.I. DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA CRUZ** EN EL CENTRO AUTORIZADO QUE SE ENCUENTRA:

PALMA-POLICINICA MIRAMAR  MANACOR-HOSPITAL DE LLEVANT  MURO. HOSPITAL DE MURO  CIUTADELLA-JUANEDA  
 MAHÓN-JUANEDA  IBIZA-CENTRO IMIF (C/Aragó,9)  IBIZA -HOSPITAL C'AN MISSES (Sólo Lunes a Viernes a partir de las 20:00,  
Sábados a partir de las 23:00 y Domingos a partir de las 14:00h)  FORMENTERA-HOSPITAL FORMENTERA

El federado no podrá realizar deporte mientras no obtenga de COTRA MEDICAL EL ALTA. De hacerlo, recaerá bajo su responsabilidad, y el seguro deportivo no se hará cargo de las consecuencias de una lesión posterior.

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA FICHA FEDERATIVA Y DNI DEL LESIONADO.

x

x

Firma **del lesionado** o representante legal\*

Firma y sello de la **Federación o Club**

(\* Menores de 14 años requiere la firma del representante legal del lesionado)

El sujeto del siniestro autoriza expresamente a COTRA MEDICAL y a MUTUACAT, como responsables del fichero, el almacenamiento, uso y tratamiento de los datos personales suministrados y aquellos que se deriven de la asistencia prestada, incluidos datos de salud, con la finalidad de dar cumplimiento al contrato de seguro; valoración de daños, cuantificación y pago de indemnizaciones, prevenir el fraude y a la asistencia sanitaria derivada del citado contrato.

Asimismo, consiente que dichos datos, incluidos datos de salud, sean cedidos, exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a COTRA MEDICAL en la dirección especificada en el encabezado del presente documento, aportando copia de documento que le identifique.

ASISTENCIA PRESTADA POR DR./DRA \_\_\_\_\_ CLINICA \_\_\_\_\_ FECHA ASISTENCIA \_\_\_\_\_

**BAJA DEPORTIVA:** SI NO **BAJA LABORAL:** SI NO ALTA VOLUNTARIA (adjunt  modelo de alta voluntaria)

EXPLORACIONES COMPLEMENTAR   X  M  TC  ECO OTROS

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

x

### Firma doctor/a y sello

La presentación de este parte de lesiones es imprescindible para la correcta tramitación del accidente deportivo. La no presentación del mismo en **24 horas** (lunes fines de semana) supondrá la **NO** aceptación del mismo como tal y por tanto la **NO** cobertura sanitaria por el convenio firmado entre la Federación y Mutuacat