

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES

Servicios Médicos de la Delegación Balear

CUESTIONARIO PREVIO A LA EXPLORACIÓN GENERAL BASICA

Apellidos

Nombre

Sexo (M/F) D.N.I. Fecha Nacimiento

Domicilio Nº

Teléfono Año en el que empezó a jugar a fútbol

C.P. Localidad

Club al que pertenece

Categoría donde milita

Jugador Entrenador Delegado Otros.....

Rellenar el cuestionario usando letras de imprenta. **Marcar con un círculo la respuesta verdadera.** Si ha sido en la segunda columna, escribir las aclaraciones en la columna que pone comentarios del encuestado.

	0	1	Comentarios del encuestado
1. ¿Tiene algún defecto de visión o enfermedad en los ojos?	No	Sí	
2. ¿Necesita lentes o lentillas para ver correctamente?	No	Sí	
3. ¿Frecuentemente, tiene la nariz taponada?	No	Sí	
4. ¿A menudo tiene catarros o resfriados?	No	Sí	
5. ¿Padece o ha padecido sinusitis?	No	Sí	
6. ¿Sufre frecuentemente infecciones de oído?	No	Sí	
7. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en el pecho?	No	Sí	
8. ¿Ha padecido pulmonía, pleura o tuberculosis?	No	Sí	
9. ¿Tose frecuentemente?	No	Sí	
10. ¿Frecuentemente tiene bronquitis?	No	Sí	
11. ¿Sufre algún tipo de alergia, asma o bronquitis asmática?	No	Sí	
12. ¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene la tensión alta?	No	Sí	
13. ¿Le ha dicho el médico que tiene la tensión baja?	No	Sí	
14. ¿Alguna vez ha tenido dolores en el corazón o en el pecho?	No	Sí	
15. ¿Su médico le ha dicho que tiene algún soplo en el corazón?	No	Sí	
16. ¿Le han descubierto alguna enfermedad del corazón?	No	Sí	

17. ¿Tiene buen apetito?	Sí	No	
18. ¿Hace algún régimen especial?	No	Sí	
19. ¿Come habitualmente carne, pescado y huevos?	Sí	No	
20. ¿Normalmente come frutas, verduras y cereales?	Sí	No	
21. ¿De forma habitual, toma leche, queso o yogurt?	Sí	No	
22. ¿Algún alimento le sienta mal?	No	Sí	
23. ¿Mastica e insaliva bien los alimentos?	Sí	No	
24. ¿Evacua diariamente y sin dificultades?	Sí	No	
25. ¿Reposa después de las comidas?	Sí	No	
26. ¿Suele tomar mucho azúcar o alimentos dulces?	No	Sí	
27. ¿Come muchas frituras y alimentos grasos?	No	Sí	
28. ¿Suele comer hasta que se siente lleno?	No	Sí	
29. ¿Tiene dolor, acidez o ardores de estómago?	No	Sí	
30. ¿Toma habitualmente vitaminas o reconstituyentes?	No	Sí	
31. ¿Sufre frecuentes descomposiciones de vientre?	No	Sí	
32. ¿Sufre de gastritis o úlcera de estómago?	No	Sí	
33. ¿Alguna vez ha tenido hemorragias al hacer de vientre?	No	Sí	
34. ¿Ha padecido de hepatitis o ha tenido la piel u ojos amarillos?	No	Sí	
35. ¿Padece del hígado o vesícula biliar?	No	Sí	
36. ¿Ha tenido frecuentes dolores en codos, rodillas o muñecas?	No	Sí	
37. ¿Ha padecido fiebres reumáticas o dolores de crecimiento?	No	Sí	
38. ¿Frecuentemente tiene dolores de espalda?	No	Sí	
39. ¿Ha sufrido algún accidente (se ha roto un brazo, pierna, etc...)?	No	Sí	
40. ¿Le han operado alguna vez?	No	Sí	
41. ¿Tiene alguna deformidad física?	No	Sí	
42. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de la piel?	No	Sí	
43. ¿Alguna vez le han dicho que tenía hongos?	No	Sí	

44. ¿Sufre frecuentemente dolores de cabeza o mareos?	No	Sí	
45. ¿Recuerda haberse desmayado o perdido el conocimiento más de dos veces?	No	Sí	
46. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones o sacudidas?	No	Sí	
47. ¿La han diagnosticado epilepsia?	No	Sí	
48. ¿Ha tenido algún cólico nefrítico (dolor de riñones)?	No	Sí	
49. ¿Le han dicho que tenía albúmina?	No	Sí	
50. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad del riñón?	No	Sí	
51. ¿Tiene escozores o molestias al orinar?	No	Sí	
52. ¿Ha orinado sangre alguna vez?	No	Sí	
53. ¿Duerme habitualmente menos de 7 u 8 horas diarias?	No	Sí	
54. ¿Padece insomnio la víspera de una competición o examen?	No	Sí	
55. ¿Se siente cansado, triste, abatido, deprimido?	No	Sí	
56. ¿Ha padecido alguna depresión?	No	Sí	
57. ¿A menudo le vienen a la cabeza ideas absurdas?	No	Sí	
58. ¿Sufre de diabetes (azúcar en la sangre)?	No	Sí	
59. ¿Le han diagnosticado algo en el tiroides?	No	Sí	
60. ¿Tiene varices o algún problema circulatorio?	No	Sí	
61. ¿Ha padecido algún tipo de fiebres, paludismo, etc?	No	Sí	
62. ¿Padece alguna enfermedad crónica?	No	Sí	
63. ¿Alguna vez ha tenido algo en los genitales?	No	Sí	
64. ¿Le han dado algún medicamento para los genitales?	No	Sí	
65. ¿Tiene picores o escozores en los genitales?	No	Sí	
66. ¿Toma café habitualmente?	No	Sí	
67. ¿Normalmente, fuma?	No	Sí	
68. ¿Consumo algún tipo de bebidas alcohólicas (cervezas, licores, etc...)?	No	Sí	
69. ¿Sigue algún tratamiento medicamentoso?	No	Sí	
70. ¿Normalmente, toma medicamentos para el dolor de cabeza?	No	Sí	

Existen en su familia (abuelos, tíos, padres, hermanos, etc.) antecedentes de...

71. ¿Hipertensión?	No	Sí	
72. ¿Diabetes?	No	Sí	
73. ¿Tuberculosis?	No	Sí	
74. ¿Enfermedades congénitas?	No	Sí	
75. ¿Enfermedades infecciosas?	No	Sí	
76. ¿Enfermedades mentales?	No	Sí	
77. ¿Gota?	No	Sí	
78. ¿Úlcera de estómago?	No	Sí	
79. ¿Infarto de miocardio o angina de pecho?	No	Sí	
80. ¿Embolias o Ictus?	No	Sí	
81. Otras (citar)	No	Sí	

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 Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645), en la calle Viriato, 2, 1ª, puerta 2 (28010), de Madrid. Datos que podrán ser utilizados a los solos efectos de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutualidad, y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación, y en su caso, durante los plazos legales exigibles a la Mutualidad. 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 Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, (calle Viriato, 2, 1ª, puerta 2 (28010), de Madrid), 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

NOTA: La persona que debe pasar la revisión se hace responsable de la veracidad de los datos declarados, los cuales son absolutamente confidenciales. Si la persona tiene menos de **18 años** de edad, rellenará el cuestionario el padre o la madre; si estos datos no existieran, lo hará el familiar más próximo o el tutor legal del menor; en última instancia, el entrenador del equipo o un directivo designado por la Junta Directiva del equipo.

Fdo.: *DJD*^a.....
(El mutualista, o su tutor legal o representante legal)