



DELEGACION TERRITORIAL ILLES BALEARS

A cumplimentar por el interesado

DATOS DE AFILIACION y ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

NOMBRE: APELLIDOS

DNI:, FECHA NACIMIENTO:/...../....., NACIONALIDAD:

DOMICILIO: TELEFONO:

LOCALIDAD: PROVINCIA: C.P.:

CLUB: CATEGORIA:

JUGADOR: ENTRENADOR: DELEGADO: OTROS.....

FECHA CITA RECONOCIMIENTO: E-Mail:

CUESTIONARIO PREVIO A LA EXPLORACION GENERAL BASICA

	ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	SI	NO	COMENTARIO
2	¿Utiliza gafas o lentillas?			
6	¿Sufre frecuentemente infecciones de oído?			
7	¿Ha tenido o tiene dificultad respiratoria o falta de aire ante un ejercicio moderado?			
11	¿Sufre algún tipo de patología respiratoria (¿alergia, asma, bronquitis)?			
15	¿Le han diagnosticado algún soplo en el corazón?			
16	¿Ha sufrido taquicardias, alteraciones del ritmo cardiaco u otra patología del corazón?			
30	¿Toma habitualmente algún tipo de medicamento y para qué?			
32	¿Ha sufrido trastornos gastrointestinales, como gastritis u ulcera?			
38	¿frecuentemente tiene dolores de espalda?			
40	¿Ha estado ingresado o ha sido operado?			
42	¿Tiene actualmente problemas en la piel, picor, erupción, acné, verrugas o hongos?			
45	¿Ha sufrido desmayos o síncope?			
47	¿Es epiléptico?			
55	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de riñón o hígado (Hepatitis)?			
58	¿Tiene hipertensión, colesterol o es diabético?			
59	¿le han diagnosticado algo en el tiroides?			
61	¿Ha sufrido alguna enfermedad infecciosa, inclusive COVID-19?			
62	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?			
67	¿Toma alcohol o fuma habitualmente?			
79	¿Algún familiar padece del corazón o ha sufrido alguna embolia o ictus?			
81	¿Esta vacunado correctamente?			

EN CASO DE MENORES: Declaro que todos los datos aportados en esta encuesta, y referentes a los antecedentes médicos de mi hijo, son ciertos, asumiendo las Responsabilidades derivadas de manifestar o declarar erróneos o falsos.

FIRMA DEL INTERESADO

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

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 First Fija (MUPRESFE, with C.I.F. V85599645), in the street Viriato, 2, 1st door 2 (28010), of Madrid. Data that can be used for the sole purpose of the good achievement of the coverage of medical assistance that offers the Mutuality, and during the season in force of the bulletin of affiliation, and in its case, during the legal periods exigible to the Mutuality. It is informed that your data can be shared both to the Federation Autonomous or Territorial of football (for the fulfillment of article 59 of the Law 10/1990, of 15 of October, of the Sport), as well as to the reinsurance companies (to give fulfillment, both to the agreements subscribed between MUPRESFE and the reinsurance companies, as well as to article 77 of the Law 50/1980, of 8 of October, of the Contract of Insurance), as well as to be communicated to the medical centers collaborating with MUPRESFE (to give fulfillment to the agreements of medical assistance subscribed between MUPRESFE and the medical centers). You will be able to exercise your rights of access, rectification, suppression, opposition, portability of data, and limitation of the treatment by writing to the Mutuality of Footballers Spanish to First Fija, (street Viriato, 2, 1st door 2 (28010), of Madrid), accompanied by a photocopy of your National Identity Document and in the case of being the responsible of a minor of any document that accredits your representation, or well by electronic mail to the buzón: notificaciones_gdpr@mupresfe.com