

**MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL  
DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA  
DELEGACIÓN VALENCIANA**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS LESIONADOS  
PROVINCIA DE CASTELLÓN**

Todas las lesiones producidas durante la celebración de los encuentros oficiales deberán hacerse constar en el acta correspondiente.

**- Primera Visita Médica:**

- En caso de Urgencia, deberá acudir al Hospital Nisa Rey Don Jaime. El horario de Urgencias será de lunes a viernes a partir de las 18 horas, los sábados, domingos y festivos, será las 24 horas. **Solo se cubrirán las urgencias de los accidentes deportivos producidos en las últimas 48 horas, para lesiones producidas en días anteriores deberán solicitar cita a los Traumatólogos del cuadro facultativo.**

El Club entregará al lesionado para su asistencia en **Urgencias**:

- 1- **Parte de Lesiones**, (por duplicado) totalmente relleno, firmado y sellado.
- 2- **Licencia Federativa**, que acredita su alta en Mutualidad.

El Club entregará al lesionado para su asistencia en Traumatología:

- 1- **Parte de Lesiones**, (por duplicado) totalmente, relleno, firmado y sellado.
- 2- **Licencia Federativa**, que acredita su alta en Mutualidad.
- 3- **Talón de Asisa**, debidamente cumplimentado en Mutualidad. Se puede solicitar en el siguiente enlace:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSecWEnQPSLHrfmPGrvpUWR0QZKwxGi79avOVMqOLWO9I\\_nOlw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSecWEnQPSLHrfmPGrvpUWR0QZKwxGi79avOVMqOLWO9I_nOlw/viewform?usp=sf_link)

**\* No se extenderá ningún Talón de Asisa, sin la presentación de la Licencia Federativa y el Parte de Lesiones.**

**- Otras atenciones:** Si el lesionado necesita otros servicios:

El médico entregará al paciente:

- 1- Parte de lesiones con el **Informe Médico cumplimentado**.
- 2- Boletín de **Petición de Servicios**.

Estos servicios deberán ser previamente, **AUTORIZADOS** por la Delegación de la MUTUALIDAD en CASTELLON, para lo cual habrá de presentar:

- 1- **Parte de lesiones, con informe y firma de médico.**
- 2- **Boletín de Petición de Servicios.**
- 3- **Licencia Federativa.**

Este trámite se podrá realizar **presentando los documentos originales en la Delegación de Castelló, al email: [castellon@mupresfe.fcv.es](mailto:castellon@mupresfe.fcv.es), o en el siguiente enlace:**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSetRBivCU\\_W\\_B1pT35Fu5mTNtqb8NjKE00d2D8pcGegEWnIxA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSetRBivCU_W_B1pT35Fu5mTNtqb8NjKE00d2D8pcGegEWnIxA/viewform?usp=sf_link)

**DURANTE EL TRATAMIENTO EL MUTUALISTA NO PODRÁ ENTRENAR NI DISPUTAR PARTIDOS. UNA VEZ FINALIZADO EL MISMO, DEBERÁ PRESENTAR EL ALTA MÉDICA EN LA MUTUALIDAD.**

**MUY IMPORTANTE**

Salvo en los casos de **URGENCIA VITAL**, cualquier tipo de urgencia deberá de pasar por el Hospital Nisa Rey Don Jaime.

Así mismo los equipos de la zona norte de Castellón podrán acudir al Hospital Comarcal de Vinaroz. Únicamente está autorizado para la primera visita de urgencia. Después deben de comunicar a la Mutualidad de Futbolistas la urgencia, presentando la licencia y el parte de lesiones.

En los casos de **URGENCIA VITAL**, el mutualista podrá ser atendido excepcionalmente en **CENTROS NO CONCERTADOS**, pero con la obligación de comunicar a la **MUTUALIDAD** o **ASISA** tal situación en el plazo de 48 horas.

# **CUADRO MEDICO Y ASISTENCIAL EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN**

## **- TRAUMATOLOGIA:**

- **CASTELLON: Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ.** C/ Santa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 40 1º D4. Tel. 964352169. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. José Ignacio NAVARRO SERRANO.** Hospital Nisa Rey Don Jaime. C/ Santa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 96472621. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Segundo VILLACASTIN SANTAMARIA.** Hospital Nisa Rey Don Jaime. C/ Santa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964726021. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Zakaria Ibrahim MOHD ABU ALI,** Hospital Nisa Rey Don Jaime, C/ Santa Rosa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964726021. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Juan VICENT VERA,** Hospital Nisa Rey Don Jaime, C/ Santa Rosa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964726021. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. José Ramón BROCH MESADO,** Hospital Nisa Rey Don Jaime, C/ Santa Rosa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964726021. Previa petición de hora.
- **VINARÒS: ARTCLINIC CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO,** C/ Luis Santapau, 11 ENTLO. Tel. 964459139. Previa petición de hora.

## **- FISIOTERAPIA:**

- **BENICARLO: Sra. Celia BRAU CERDÁ.** Avda. Libertad, 39 bajo, 1 - 2. Tel. 964461711.
- **BURRIANA: GRANELL-BLANCH, S.L. Sr. Fernando Granell Blanch y Sr. Pablo Granell Blanch.** C/ Barranquet, 18 – 5º. Tel. 964512597.
- **CASTELLON: GRANELL-BLANCH, S.L. Sr. Fernando Granell Blanch y Sr. Pablo Granell Blanch.** Av. Casalduch 27. Tels. 964190430 y 655666688.
- **CASTELLON: Sr. Raúl DIAGO GRANELL.** C/ Dr. Fleming, 3 bajo. Tel. 964190488.
- **CASTELLON: Sra. Alma ALMAGRO BENAVENTE.** C/ Carcagente, 35. Tel. 964222077.
- **CASTELLON: Sr. Javier RAMOS BENET.** Avenida Virgen De Lidón, 9 Entlo. Tels. 964261253 y 664225596.
- **NULES: Sra. Irene FANDOS PITARCH.** C/ San Francisco, 4. Tel. 615629085.
- **ONDA: Sr. Javier LAHUERTA PRADES.** C/ San Bernardo 35. Tel. 964833043.
- **VILLARREAL: CLINICA MEDEFIS,** C/ Pere Gil, 7 Bajo. Tel. 964523494.
- **VINAROS: Sra. Eva Maria BORT BORDENAVE,** C/ San Ramón, 1. ENTLO-A. Tel. 964407972
- **VINARÒS: ARTCLINIC CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO,** C/ Luis Santapau, 11 ENTLO. Tel. 964459139.

## **- MÉDICO REHABILITADOR:**

- **CASTELLON: Dra. Felicidad CALDUCH SELMA.** C/ Dr. Fleming, 3 bajo. Tel. 964190488.

**- RADIOLOGIA.**

- **CASTELLON: HOSPITAL NISA REY DON JAIME.** C/ Santa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964726000. (RESONANCIA Y TAC)

**- ESTUDIO PREOPERATORIO**

- **HOSPITAL NISA REY DON JAIME:** C/ Santa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel 964726000.

**- URGENCIAS:**

- **CASTELLON- HOSPITAL NISA REY DON JAIME:** C/. Santa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964726000. Horario de lunes a viernes a partir de las 18 horas, los sábados, domingos y festivos, será las 24 horas.
- **ZONA NORTE DE CASTELLON. HOSPITAL COMARCAL DE VINAROS:** Avinguda Gil d'Atrosillo, s/n. **Únicamente está autorizado para la primera visita de urgencia.** Después deben de comunicar a la Mutualidad de Fútbolistas la urgencia, presentando la licencia y el parte de lesiones.

**- AMBULANCIAS:**

- **CENTRO COORDINACIÓN DE URGENCIAS DE ASISA.** Tel. 900900118

**LA MUTUALIDAD NO SE HARÁ CARGO DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS EN OTROS CENTROS AJENOS AL CUADRO MÉDICO.**

# INSTRUCCIONES PARTE DE LESIONES

**MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL  
DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES  
A PRIMA FIJA**

**SELLO DEL CLUB** Parte fechada en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Por medio de la firma del presente documento el club suscriptor del mismo se compromete a informar previamente, de modo expreso, preciso e inequívoco de la política de protección de datos que figura al dorso:  
Nombre y Apellidos del Directivo del Club que firma el presente parte de lesiones \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

➔ Rellenar por parte del club, imprescindible, el sello del club en original y copia, así como datos y firma del directivo del club.

  

Delegación Territorial \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

Firma lesionado \_\_\_\_\_

➔ Firma del jugador.

  

DNI \_\_\_\_\_ Nº Club \_\_\_\_\_ Nombre del Club \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Tfno. \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Modalidad FÚTBOL F.SALA FÚTBOL7 Sexo MASC. FEM.

Puesto PORTERO DEFENSA MEDIO DELANTERO Licencia PROFESIONAL AFICIONADO JUVENIL CADETE INFANTIL ALEVÍN Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Superficie de entrenamiento C. NATURAL C. ARTIFICIAL TIERRA OTROS Entrenamiento semanal (min) \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión \_\_\_\_\_ ¿Dónde ocurrió la lesión? PARTIDO ENTRENAMIENTO Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Si fue en el partido, ¿en qué minuto? 0-15 16-30 31-45 46-60 61-75 76-90 ¿En qué superficie? C. NATURAL C. ARTIFICIAL TIERRA OTROS ¿Hubo colisión? SI NO

Equipo rival \_\_\_\_\_ ¿Está relacionado con una lesión anterior (del mismo tipo y en el mismo lugar)? SI NO Tipo de bota utilizada Multitaco césped artificial Otros \_\_\_\_\_

➔ Deben rellenarse todos los apartados por el directivo del club.

  

Asistencia prestada por Dr./Dra. \_\_\_\_\_ Nº Colegiado \_\_\_\_\_

Tipo anatomopatológico (Tabla 1) \_\_\_\_\_ Asiento anatómico (Tabla 2) \_\_\_\_\_ LATERALIDAD DERECHA IZQUIERDA

Causa baja deportiva SI NO Fecha de la baja \_\_\_\_\_ Días estimados para la vuelta a la competición \_\_\_\_\_

Exploraciones complementarias Rx RMN ECO TAC Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Diagnóstico provisional \_\_\_\_\_

Tratamiento QUIRÚRGICO CONSERVADOR Si es conservador, indicar tipo \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

El Médico de la Mutualidad

• Cuando la lesión sea leve, puede consignar el alta en esta casilla ALTA MÉDICA \_\_\_\_\_

• Todo Parte no cumplimentado será devuelto

• Es obligatorio adjuntar el original de la Ficha Federativa y del DNI junto a este parte

➔ Deben rellenarse todos los apartados por médico que le realice la primera visita, ya sea en Urgencias o Consulta.

  

Jefatura Territorial de los Servicios Médicos de la Delegación \_\_\_\_\_

**Para el buen funcionamiento es imprescindible que tanto club como los servicios médicos rellenen en su totalidad el parte de lesiones.**

**Se aconseja que una vez esté debidamente cumplimentado, se realice una fotocopia del original, ya que la copia de calco amarilla, no suele leerse con nitidez.**