

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE ACCIDENTES  
DEPORTIVOS**

**PROVINCIA DE CASTELLÓN**

Todas las lesiones deben ser comunicadas en un plazo máximo de 7 días por correo electrónico al e-mail [castellon@mutualidaddefutbolistas.com](mailto:castellon@mutualidaddefutbolistas.com)

**- Primera Visita Médica:**

- En caso de Urgencia, deberá acudir al Hospital Vithas Rey Don Jaime.

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

- 1- **Parte de Lesiones**, (por duplicado) totalmente relleno, firmado y sellado.

<https://www.ffcv.es/docs/mutualidad/partedelesiones.pdf>

- 2- **Licencia Federativa**, que acredita su alta en Mutuality.

- Para el resto de los casos deberá solicitar cita previa en los especialistas del cuadro médico.

El Club entregará al lesionado para su asistencia en consultas externas:

- 1- **Parte de Lesiones**, (por duplicado) totalmente cumplimentado, firmado y sellado.

- 2- **Licencia Federativa**, que acredita su alta en Mutuality.

- 3- **Volante de autorización de servicios**. Se puede solicitar en el siguiente enlace:

<https://forms.gle/ENieXvJTW3x3pDfn9>

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

El médico entregará al paciente:

- 1- **Parte de lesiones.**

- 2- **Boletín de Petición de Servicios.**

- 3- **Informe médico.**

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

- 1- **Parte de lesiones.**

- 2- **Boletín de Petición de Servicios.**

- 3- **Licencia Federativa**

- 4- **Informe médico.**

Este trámite se podrá realizar **presentando los documentos en el siguiente enlace:**

<https://forms.gle/yzBYEfkY9CqLZ8e1A>

**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 Vithas 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 Mutuality 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 MÉDICO Y ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

### - OFICINA ADMINISTRACIÓN MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS:

- **CASTELLON:** C/ Pintor Ribera, 9 Bajo. Tel. 964 880 238  
E-mail [castellon@mutualidaddefutbolistas.com](mailto:castellon@mutualidaddefutbolistas.com)

### - TRAUMATOLOGIA:

- **CASTELLON: Dr. José Ignacio NAVARRO SERRANO.** Hospital Vithas Rey Don Jaime. C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 726 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Juan VICENT VERA,** Hospital Vithas Rey Don Jaime, C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 726 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Zakaria Ibrahim MOHD ABU ALI,** Hospital Vithas Rey Don Jaime, C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 726 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Raúl Orlando VINCES VIDAL,** Hospital Vithas Rey Don Jaime, C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 726 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dra. Jimena LLORENS DE LOS RIOS,** Hospital Vithas Rey Don Jaime, C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 7260 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ.** C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 40 1<sup>o</sup> D4. Tel. 964 352 169. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dr. Adrian MEZQUIA RODRIGUEZ.** Hospital Vithas Rey Don Jaime, C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 726 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dra. Mar YAGUE RENAU.** Hospital Vithas Rey Don Jaime, C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 726 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: Dra. Barbara ORTIZ IBAÑEZ** Hospital Vithas Rey Don Jaime, C/ M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964 726 000. Previa petición de hora.
- **CASTELLON: ASCIRES.** C/ Betxi, 7. Tel. 961 868 998. Previa petición de hora.
- **CASTELLON; CENTRO MEDICO DR. HERRAIZ.** Avenida Benicasim, 4. Tel. 616 349 490. Previa petición de hora.
- **VALL DE UXÓ: CLINICA RENOVELL,** C/ Vicente Peirats Montón, 25. Tel. 964 182 300. Previa petición de hora.
- **VILLARREAL: CLINICA ROBLES,** Avenida Pius XII, 74. Tels.964 103 770 y 667 630 811. Previa petición de hora.

**- FISIOTERAPIA:**

- **ALMENARA: CENTRO MEDICO ALMENARA.** Calle de la Serra D´Espadà, 4. Tel. 962 623 446.
- **AMPOSTA: FISIOMÈDIC TIERRAS DEL EBRO.** Avinguda de la Ràpita, 92. Tel. 977 900 700.
- **BURRIANA: GRANELL-BLANCH, S.L. Sr. Fernando Granell Blanch y Sr. Pablo GranellBlanch.** C/ Barranquet, 18 – 5º. Tel. 964 512 597.
- **CASTELLON: GRANELL-BLANCH, S.L. Sr. Fernando Granell Blanch y Sr. Pablo GranellBlanch.** Av. Casalduch 27. Tels. 964190430 y 655 666 688.
- **CASTELLON: Sr. Raúl DIAGO GRANELL.** C/ Dr. Fleming, 3 bajo. Tel. 964 190 488.
- **CASTELLON: Sra. Alma ALMAGRO BENAVENTE.** C/ Carcagente, 35. Tel. 964 222 077.
- **CASTELLON: Sr. Javier RAMOS BENET.** Avenida Virgen De Lidón, 9 Entlo. Tels. 964 261 253 y 664 225 596.
- **CASTELLON: CLINICA FISIOSALUD.** Plaza Notario Mas, 3 Bajo. Tel. 964 222 077.
- **NULES: Sr. Alejandro ORTELLS GONZALEZ.** Carretera Villavieja 3. Tel. 964 670 673.
- **NULES: Sr. Jordi ORTI LAFUENTE.** C/ Gilaberto Centelles, 47. Tel. 964 673 105.
- **ONDA: Sr. Javier LAHUERTA PRADES.** C/ San Bernardo 35. Tel. 964 833 043.
- **TORREBLANCA: Sra. Silvia BELLES PITARCH.** C/ L´Aljub, 38. Tel. 640 348 414.
- **VALL DE UXÓ: Sr. Juan SANCHEZ-ALCON SANCHEZ.** C/ Doctor Gregorio Marañon, 5. Tel. 644 347 279.
- **VILLARREAL: CTRO. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION.** Avenida El Cedre 30. Tel. 964 533 353.
- **VILLARREAL: CLINICA ROBLES.** Avenida Pius XII, 74. Tels. 964 103 770 y 667 630 811.

**- MÉDICO REHABILITADOR:**

- **CASTELLON: Dra. Felicidad CALDUCH SELMA.** C/ Dr. Fleming, 3 bajo. Tel. 964 190 488.
- **CASTELLON: Dr. Juan Luis FORTEA FENOLLOSA.** C/ Dr. Fleming, 3 Bajo. Tel. 964 190 488.
- **CASTELLON: Dr. Jorge Andrés VASQUEZ CASTRO.** C/ Dr. Fleming, 3 Bajo. Tel. 964 190 488.

**- RADIOLOGIA.**

- **CASTELLON: HOSPITAL NISA REY DON JAIME.** C/ Santa M<sup>a</sup> Rosa Molas, 25. Tel. 964726000.
- **CASTELLON: ASCIRES.** C/ Betxi, 7. Tel. 961 868 998.
- **VILLARREAL: DMI SALUD S.L.** C/ Sant Mateu, 1. Tel 964 892 029.

**- 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 VINAROZ:** Avinguda Gil d'Atrosillo, s/n. **Únicamente está autorizado para la primera visita de urgencia.** Después deben de comunicar a la Mutuality de Futbolistas 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 PARA CUMPLIMENTAR PARTE DE LESIONES



<p><b>SELLO DEL CLUB</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 5px;"></div>	<p>Parte fechada en _____ a _____ de _____ del _____ Nombre y apellidos del Directivo del Club que firma el presente parte DNI _____</p> <p><small>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 de la Mutuality de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima fija, 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.</small></p>														
<p>Delegación Territorial _____ Nº EXPEDIENTE _____ FIRMA <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>															
<p>DNI _____ Nº CLUB _____ NOMBRE DEL CLUB _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____ Apellidos _____ Nombre _____</p> <p>Domicilio _____ Localidad _____</p> <p>Provincia _____ Cod Postal _____ Teléfono _____ Dirección email _____</p> <p>Puesto _____ Licencia _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">PORTERO</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">DEFENSA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">MEDIO</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">DELANTERO</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">PROTECTOR</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">ARBITRO</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">JUEGA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">LARGO</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">BANDA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">ALVO</td> </tr> </table> <p>Superficie de entrenamiento _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">CANTINA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">LATERAL</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">TERRA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px;">OTRO</td> </tr> </table> <p>Entrenamiento semanal minutos _____</p> <p>Fecha de lesión _____ ¿Dónde se produjo la lesión? Partido _____ Entrenamiento _____ Otros especificar _____</p> <p>Si fue en el partido ¿en qué minuto? _____ En que superficie _____ ¿Hubo colisión? SI _____ NO _____</p>		PORTERO	DEFENSA	MEDIO	DELANTERO	PROTECTOR	ARBITRO	JUEGA	LARGO	BANDA	ALVO	CANTINA	LATERAL	TERRA	OTRO
PORTERO	DEFENSA	MEDIO	DELANTERO	PROTECTOR	ARBITRO	JUEGA	LARGO	BANDA	ALVO						
CANTINA	LATERAL	TERRA	OTRO												

**Cumplimentar todos los campos por parte de un directivo del club en original y copia, excepto el Nº Expediente.**

<p>Asistencia prestada por Dr./Dra. _____ Nº Colegiado _____</p> <p>Tipo anatomopatológico (tabla 1) _____ Asiento anatómico (tabla 2) _____ Lateralidad: DERECHA _____ IZQUIERDA _____</p> <p>Causa baja deportiva: SI _____ NO _____ Fecha de la baja _____ Días estimados para la vuelta a la competición _____</p> <p>Exploraciones complementarias: RX _____ RMN _____ ECO _____ TAC _____ Otros especificar _____</p> <p>Diagnóstico provisional _____</p> <p>Tratamiento: IQ _____ Conservador _____ Si es conservador, indicar tipo _____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Diagnóstico definitivo _____</p> <p style="text-align: center;">En _____ e _____ de _____ del _____ El médico de la Mutuality</p> <p><small>* Cuando la lesión sea leve, puede consignar el alta en esta casilla: ALTA MEDICA _____</small></p> <p><small>* Todo parte no cumplimentado será devuelto</small></p> <p><small>* Es obligatorio adjuntar el original de la ficha federativa y del DNI junto a este parte</small></p> <p>Jefatura Territorial de los Servicios Médicos de la Delegación _____</p>
--

**Cumplimentar todos los apartados por el médico que le realice la primera visita, ya sea en urgencias o consulta.**

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