



C.D. SPARTAC



SPARTACMANOTERAS

609.947.683

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

ESTE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO PARA TODOS LOS JUGADORES / ENTRENADORES CON LICENCIA FEDERATIVA DEL C.D. SPARTAC MANOTERAS.

C.D. SPARTAC MANOTERAS NO SE HACE RESPONSABLE DE POSIBLES CONSECUENCIAS NI DE GASTOS ECONÓMICOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DIRECTRICES DADAS EN EL MISMO.

**EN CASO DE DUDA, CONSULTAD EN
609.947.683**



**MUTUALIDAD
DE FUTBOLISTAS**

URGENCIA VITAL

SI ES ALGUNO DE ESTOS SUPUESTOS:

- QUE CORRA PELIGRO LA VIDA DEL DEPORTISTA
- FRACTURA ABIERTA
- PERDIDA DEL CONOCIMIENTO

1.- LLEVAR AL JUGADOR AL CENTRO SANITARIO MÁS CERCANO, SEA EL QUE SEA

EN CASO DE NO DISPONER DE VEHÍCULO PARA SU TRASLADO, **LLAMAR AL 112 Y SOLICITAR AMBULANCIA DEL SAMUR** Y TRASLADO AL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO.

2.- EN CASO DE QUE EL JUGADOR QUEDE INTERNADO EN DICHO CENTRO SANITARIO, Y EN EL PLAZO DE 24 HORAS, HAY QUE LLAMAR AL:

- 914 461 354 (LUNES A VIERNES, DE 09.30 A 14.30 Y 16.45 A 20.15)
- 680 302 676 (FINES DE SEMANA)

Y SOLICITAR UN TRASLADO A UN CENTRO SANITARIO CONCERTADO (VER LISTADO AL FINAL DEL DOCUMENTO)

IMPORTANTE:

SI TRAS 24 HORAS NO SE HA SOLICITADO TRASLADO A CENTRO MÉDICO CONCERTADO, LOS GASTOS QUE SE GENEREN A PARTIR DE ESE MOMENTO CORRERÁN POR PARTE DEL DEPORTISTA ACCIDENTADO.

**E INFORMAR (LLAMADA / WHATSAPP) A DANI CÁCERES
609.947.683**

ASISTENCIA URGENTE

SOLAMENTE SE PRODUCE ESTA SI EL DEPORTISTA ACCIDENTADO SUFRE UN DOLOR TAN INTENSO QUE DEBE SER ATENDIDO DE FORMA INMEDIATA Y NO PUEDE ESPERAR A UNA CONSULTA POSTERIOR

- 1.- **LLEVAR AL JUGADOR AL HOSPITAL H.M. SANCHINARRO (C/ OÑA 10).** HAY UN LISTADO CON MAS CENTROS CONCERTADOS AL FINAL DEL DOCUMENTO
2. **ENTRAR POR URGENCIAS E IDENTIFICARSE COMO DEPORTISTA FEDERADO.**
3. EN EL HOSPITAL OS DARÁN:
 - INFORME DE URGENCIAS
 - PARTE SELLADO Y FIRMADO POR EL HOSPITAL / DOCTOR

TODA ESTA DOCUMENTACION LA TENÉIS QUE ENVIAR POR WHATSAPP A DANI CÁCERES (609.947.683) EN LAS SIGUIENTES 24 HORAS

IMPORTANTE:

SI POR EL MOTIVO QUE FUERA NO SE HUBIERA CUMPLIDO LO ESTABLECIDO EN EL PROTOCOLO, O O SI HUBIERA CUALQUIER TIPO DE DUDA:

LLAMADA A DANI CÁCERES 609.947.683

ADVERTENCIAS

LA MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS NO SE HARÁ RESPONSABLE DE LOS GASTOS PRODUCIDOS EN LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

- 1.- SI, SIENDO UNA URGENCIA VITAL, NO SOLICITA UN TRASLADO A UN CENTRO CONCERTADO EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ACCIDENTE.
- 2.- SI SE TRASLADA EN AMBULANCIA SIN SER UNA URGENCIA VITAL.
- 3.- SI SE ACUDE A CONSULTAS, PRUEBAS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA MUTUALIDAD.

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS COMENTADOS, **LA INTERMEDIACIÓN DEL C.D SPARTAC MANOTERAS ENTRE MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS Y JUGADOR ACCIDENTADO FINALIZA EN EL MOMENTO EN EL QUE ENVIAMOS EL PARTE FIRMADO Y SELLADO A LA MUTUA.**

A PARTIR DE ESE MOMENTO, **SERA EL DEPORTISTA QUIEN SE TENDRÁ QUE ENCARGAR DE GESTIONAR SUS CONSULTAS, PRUEBAS, INTERVENCIONES, Y ALTA, DIRECTAMENTE CON LA MUTUA EN EL 914.461.354**

EL CODIGO QUE OS SOLICITARAN ES EL DNI.
EN CASO DE NO TENER DNI, SOLICITAR CODIGO AL CLUB

CENTROS MÉDICOS CONCERTADOS

MADRID

CLÍNICA MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS MADRID, Calle del Cardenal Cisneros, 77, 28010 Madrid - Teléfono: 914 46 13 54 – lunes a viernes de 17:00 a 20:00

HOSPITAL HM SANCHINARRO, C. de Oña, 10, 28050 Madrid – Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días

HOSPITAL HM MADRID, Pl. del Conde del Valle de Súchil, 16, 28015 Madrid – Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días

HOSPITAL VITHAS NTRA. SRA. DE AMÉRICA, C. de Arturo Soria, 103, 105, 28043 Madrid – Teléfono: 914 13 00 61 – Atención 24 horas, todos los días

NORTE

CLÍNICA LA CHOPERA, P.º de la Chopera, 121, 28100 Alcobendas, Madrid - Teléfono: 916 61 00 21– Atención de lunes a viernes de 8:00 a 21:00. Sábados de 9:30 a 14:00. Festivos cerrados

CM DESCUBRIDORES, sector Descubridores, 44, 28760 Tres Cantos, Madrid - Teléfono: 918 03 32 38 – Atención de lunes a viernes de 8:00 a 21:00. Sábados de 9:30 a 14:00. Festivos cerrados

OESTE

HOSPITAL QUIRÓN POZUELO, C. Diego de Velázquez, 1, 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid – Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días

HOSPITAL HM TORRELODONES - Av. Castillo Olivares, s/n, 28250 Torrelorones, Madrid, Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días

HOSPITAL HM MONTEPRINCIPE, Av. de Montepríncipe, 25, 28660 Boadilla del Monte, Madrid - Teléfono: 901 08 82 12 – Atención 24 horas, todos los días

CLÍNICA MÉDICA VILLALBA, Urb. Los Belgas – Pereda 1 y 3 28400 Collado Villalba, Teléfono 911 92 26 26 – lunes a viernes de 8:30 a 21:00. Festivos y sábados cerrados

HOSPITAL VITHAS ARAVACA, C. de la Salle, 12, 28023 Madrid, Teléfono: 915 12 90 00 – Atención 24 horas, todos los días

ESTE

HOSPITAL HM VALLES, C. Santiago, 14, 28801 Alcalá de Henares, Madrid, Teléfono: 901 08 82 12b – Atención 24 horas, todos los días

CENTRO MÉDICO QUIRÓN SALUD Valle del Henares (Alcalá de Henares), C. República Dominicana, 6, 28806 Alcalá de Henares, Madrid - Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días

HM LA PALOMA, C. Virgen Paloma, 15, 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid – Teléfono 902 99 85 85 – lunes a viernes de 9:00 a 13:00 y de 16:00 a 20:00

HOSPITAL QUIRÓN SALUD Valle del Henares (Torrejón de Ardoz), Av. de la Constitución, 249, 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid - Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días

CLÍNICA CELLOSA, C. de la Solana, 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid – Teléfono 916 75 34 09 – lunes a viernes de 8.00 a 21:00 (previa cita) – Sábados y festivos cerrados.

SUR

HOSPITAL QUIRÓN SALUD SUR, C. Estambul, 30, 28922 Alcorcón, Madrid – Teléfono: 900 301 013 – Atención 24 horas, todos los días

HOSPITAL HM PUERTA DEL SUR, Av. Carlos V, 70, 28938 Móstoles, Madrid – Teléfono: 901 08 82 12– Atención 24 horas, todos los días

MEDICENTRO, Av. de la Mancha, 23-25, 28912 Leganés, Madrid - Teléfono: 914 81 02 65 – Atención de lunes a viernes de 9:00 a 21:00. Sábados de 9:00 a 15:00. Festivos cerrados

HOSPITAL LOS MADROÑOS, M-501, Km 17, 900, 28690 Brunete, Madrid – Teléfono: 918 16 35 26 – Atención 24 horas, todos los días

CLÍNICA ATLAS, C. de Postas, 81, 28300 Aranjuez, Madrid – Teléfono: 918 92 53 73 – lunes a viernes de 9:00 a 21:00 -



SELLO DEL CLUB



Parte fechado en _____ a _____ de _____ del _____
Nombre y apellidos del Directivo del Club que firma el presente parte
DANIEL DE CACERES RELINQUE DNI _____

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 ejercerlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

Delegación Territorial MADRILEÑA

Nº EXPEDIENTE 47521496

FIRMA [Signature]

DNI _____ Nº CLUB _____ NOMBRE DEL CLUB _____

Fecha de nacimiento _____ Apellidos _____ Nombre _____

Domicilio _____ Localidad _____

Provincia _____ Cod.Postal _____ Teléfono _____ Dirección email _____

Table with 4 columns: PORTERO, DEFENSA, MEDIO, DELANTERO

Table with 6 columns: PROFESIONAL, AFICIONADO, JUVENIL, CADETE, INFANTIL, ALEVIN

Superficie de entramiento

Table with 4 columns: C.NATURAL, C.ARTIFICIAL, TIERRA, OTROS

Entrenamiento semanal minutos

[Input box for training minutes]

Fecha de lesión _____ ¿Dónde se produjo la lesión? Partido _____ Entrenamiento _____ Otros especificar _____

Si fue en el partido ¿en qué minuto? _____ En que superficie _____ ¿Hubo colisión? SI NO

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: IQ Conservador Si es conservador, indicar tipo _____

Observaciones:

[Observation notes area]

Diagnóstico definitivo _____

En _____ a _____ de _____ del _____
El médico de la Mutuality

- Cuando la lesión sea leve, puede consignar el alta en esta casilla: ALTA MEDICA
• Todo parte no cumplimentado será devuelto
• Es obligatoria adjuntar el original de la ficha federativa y del DNI junto a este parte

Jefatura Territorial de lo Servicios Médicos de la Delegación _____

Nº EXPEDIENTE: 47521496