



**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 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.

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

- 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 cumplimentado, 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://forms.gle/ENieXvJTW3x3pDfn9>

**\* 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 en el siguiente enlace:**

<https://forms.gle/yzBYEfkY9CgLZ8e1A>

**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 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 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 1º 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.
- **VALL DE UXÓ: CLINICA SANCHIS,** C/ Vicente Peirats Montón, 25. Tel. 964 182 300. Previa petición de hora.
- **VILLARREAL: CLINICA ROBLES,** Avenida Pius XII, 74. Tel.964 103 770. Previa petición de hora.
- **VINARÒS: ARTCLINIC CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO,** C/ Luis Santapau, 11 ENTLO. Tel.964 459 139. Previa petición de hora.



**- FISIOTERAPIA:**

- **ALMENARA: CENTRO MEDICO ALMENARA.** Calle de la Serra D´Espadá, 4. Tel. 962 623 446.
- **BENICARLO: BLO MEDIC.** Calle Juan XXIII, 22. Tel. 964 826 778.
- **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.
- **NULES: Sr. Alejandro Ortells Gonzalez.** Carretera Villavieja 3. Tel. 964 670 673.
- **ONDA: Sr. Javier LAHUERTA PRADES.** C/ San Bernardo 35. Tel. 964 833 043.
- **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.
- **VINARÒS: ARTCLINIC CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO,** C/ Luis Santapau, 11 ENTLO. Tel.964 459 139.



**- 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 debende comunicar a la Mutuality de Futbolistas la urgencia, presentando la licencia y el parte de lesiones.

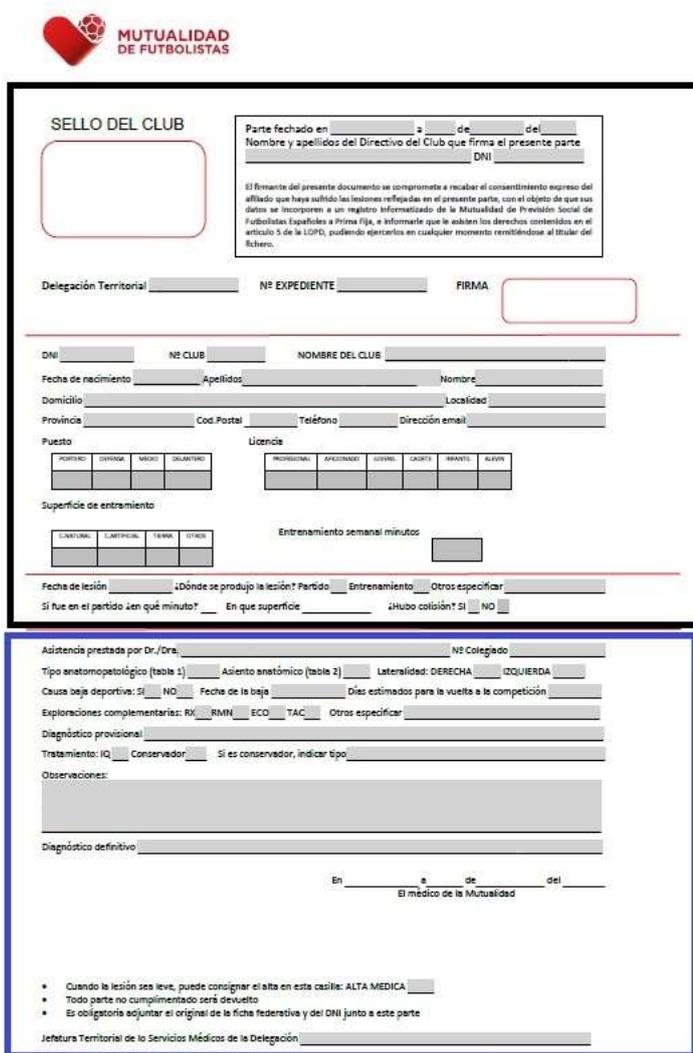
**- AMBULANCIAS:**

- **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**



**MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS**

**SELLO DEL CLUB**

Parte fechada en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del Directivo del Club que firma el presente parte  
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 informar que le asisten los derechos contenidos en el artículo 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento retirándose al titular del fichero.

Delegación Territorial \_\_\_\_\_ Nº EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Nº CLUB \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL CLUB \_\_\_\_\_

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

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección email \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_ Licencia \_\_\_\_\_

PORTERO	DEFENSA	MEDIO	DELANTERO
PROFESIONAL	AFILIADO	LIBRE	LIBRE

Superficie de entrenamiento \_\_\_\_\_

CANCHA	CANCHA	TIERRA	OTRO
--------	--------	--------	------

Entrenamiento semanal minutos \_\_\_\_\_

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 anatómico (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: \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
El médico de la Mutuality

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

Jeftura Territorial de lo Servicios Médicos de la Delegación \_\_\_\_\_

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

**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.**