

PARTE MÉDICO PARA SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL



Fecha inicio ____/____/____	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL	<input type="checkbox"/> ALTA - Fecha ____/____/____ Causa:
<input type="checkbox"/> PARTE INICIAL	<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> Curación
<input type="checkbox"/> N° PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN	<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	<input type="checkbox"/> Mejoría que permite trabajo habitual
RECAÍDA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Posible nueva situación de IT
		<input type="checkbox"/> Fallecimiento
		<input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo máximo
		<input type="checkbox"/> Interrupción embarazo o lactancia natural, o comienzo del permiso por parto

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre:	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad:	
			Entidad médica:	
			Fecha ____/____/____ Lugar:	
			Firma:	
			Nº de colegiado:	
2	Código CIE-9-MC		Duración probable: días	
	<i>Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):</i>			
	<i>Descripción de la limitación en la capacidad funcional:</i>			
	DATOS ESPECÍFICOS			
		- Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte: días (máximo 30)		
		- Sin variaciones		

DPS 11002.1 (12/10) Ejemplar para el/la MUTUALISTA

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

PARTE MÉDICO PARA SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL



Fecha inicio ____/____/_____ <input type="checkbox"/> PARTE INICIAL <input type="checkbox"/> N° PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN RECAÍDA : SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	<input type="checkbox"/> ALTA - Fecha ____/____/_____ Causa: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría que permite trabajo habitual <input type="checkbox"/> Posible nueva situación de IT <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo máximo <input type="checkbox"/> Interrupción embarazo o lactancia natural, o comienzo del permiso por parto
--	--	--

DPS 11002.2 (12/10) Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre:	
Nombre	Número de afiliación	Especialidad:		
		Entidad médica:		
		Fecha ____/____/_____	Lugar:	
		Firma:		
		Nº de colegiado: _____		

2 I N F O R M E M É D I C O	Código CIE-9-MC _____	Duración probable: días _____
	<i>Descripción de la limitación en la capacidad funcional:</i>	
	DATOS ESPECÍFICOS	
	- <i>Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte:</i> días _____ (máximo 30) - <i>Sin variaciones</i> <input type="checkbox"/>	

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

PARTE MÉDICO PARA SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL



Fecha inicio ___/___/____ <input type="checkbox"/> PARTE INICIAL <input type="checkbox"/> N° PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN RECAÍDA : SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	<input type="checkbox"/> ALTA - Fecha ___/___/____ Causa: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría que permite trabajo habitual <input type="checkbox"/> Posible nueva situación de IT <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo máximo <input type="checkbox"/> Interrupción embarazo o lactancia natural, o comienzo del permiso por parto
---	--	--

DPS 11002.3 (12/10) Ejemplar para que el Órgano de Personal envíe a MUFACE

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: Especialidad: Entidad médica: Fecha ___/___/____ Lugar: Firma: N° de colegiado: _____	
	Nombre	Número de afiliación		
2	Código CIE-9-MC [] [] [] [] [] []		Duración probable: días [] [] []	
	I N F O R M E			
	Descripción de la limitación en la capacidad funcional:			
	DATOS ESPECÍFICOS			
- Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte:		días [] [] (máximo 30)		
- Sin variaciones <input type="checkbox"/>				

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

PARTE MÉDICO PARA SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

INFORMACIÓN

Este “parte médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural”, se compone de tres ejemplares:

- El ejemplar 1, para el/la MUTUALISTA, será presentado, en todas las ocasiones, al médico que realice los sucesivos reconocimientos.
- Los ejemplares 2 (para el órgano de personal) y 3 (para MUFACE) se entregarán al órgano de personal. En el caso del **parte inicial**, no más tarde del cuarto día hábil desde el inicio de la situación; los **partes de confirmación** se entregarán en el plazo máximo de 3 días hábiles desde la fecha del reconocimiento médico que dio lugar a su expedición.

El contenido de cada parte médico servirá de asesoramiento al órgano de personal a la hora de expedir la oportuna licencia o sus prórrogas.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

A los efectos señalados en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, del fichero automatizado de datos de seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, de riesgo durante el embarazo y de la lactancia natural, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo, podrá ejercitar los derechos de oposición a su tratamiento, así como los de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 6 y 7 de esta Ley Orgánica, la entrega por el mutualista al órgano de personal de los ejemplares 2 y 3 del parte médico, presupone el consentimiento expreso del interesado para el tratamiento de los datos codificados que figuran en tales ejemplares, a través del fichero mencionado.

INSTRUCCIONES

I) DE CARÁCTER GENERAL

- Los datos de la **cabecera** serán anotados **por el médico** de la Entidad a la que está adscrito el mutualista en cada reconocimiento.
- En el ALTA se anotará la fecha del alta y su causa.

II) PARTES MÉDICAS PARA SITUACIONES DE IT

A) **INICIAL**.— Se expedirá, tras el reconocimiento médico, antes de alcanzarse el **cuarto día hábil de inicio de la situación**. Es necesario cumplimentar todos los datos, especialmente:

- Descripción del diagnóstico en el ejemplar para el mutualista e identificación del mismo en los ejemplares para el órgano de personal y para MUFACE mediante el Código CIE- 9-MC. **La inclusión de este Código CIE-9-MC es requisito esencial para la validez del parte.**
- Descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva la situación de incapacidad.
- Fecha de inicio del proceso patológico que motiva la situación de IT.
- Duración probable del proceso patológico.
- Indicar, sólo cuando sea preciso y por motivos estrictamente de mejor asistencia al paciente, la circunstancia excepcional que recomienda retrasar el plazo de expedición del parte sucesivo de confirmación de la baja sobre el plazo general establecido (15 días naturales).

B) **DE CONFIRMACIÓN**.— El parte de confirmación de la baja **se expedirá, con carácter general, a los 15 días naturales** contados a partir de la fecha de inicio del proceso patológico que motiva la situación de IT que figura en el parte médico inicial. En el caso de que tras la primera confirmación subsista la situación que haya motivado la baja inicial, se expedirán sucesivos partes de confirmación cada 15 días naturales contados desde la fecha del inmediatamente anterior hasta el momento en que se cumpla el plazo máximo de 730 días desde el inicio de la situación. Entre la expedición de dos partes sucesivos no se superará en ningún caso el plazo de treinta días naturales. Estos partes tendrán el mismo destino y contenido que el parte médico inicial de baja.

Si el parte de confirmación fuera expedido por el mismo facultativo responsable del parte inicial o de la última prórroga y no hubiera cambiado el diagnóstico, no será necesario transcribir de nuevo los datos médicos, tanto literales como codificados del apartado 2 del modelo de parte. En tales supuestos, se marcará la casilla «**sin variaciones**».

C) **DE ALTA**.— El parte médico de alta será expedido tras el reconocimiento médico y se presentará ante el órgano de personal competente antes de la finalización del día hábil siguiente al de su expedición.

III) PARTES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

En el caso de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, aparte de cumplimentar los datos correspondientes de acuerdo con el punto II, en los tres primeros meses de licencia se expedirá, con carácter general, un único parte que deberá ser entregado al órgano de personal antes de alcanzarse el cuarto día hábil desde el inicio de la situación de riesgo. Si se hubiera previsto una duración del período de riesgo inferior a tres meses y se alcanzara esa fecha sin que desapareciera el riesgo, será necesario expedir un nuevo parte acreditativo de la situación y del nuevo período de duración probable. Si se alcanzara el comienzo del cuarto mes de prórroga de la licencia y continuara la situación de riesgo, se expedirá un parte, con igual contenido, en dicha fecha o en el posterior día hábil teniendo en cuenta que estas situaciones solo podrán tener una duración limitada a la fecha del parto en caso de riesgo durante el embarazo y de agotamiento del plazo de 9 meses desde el nacimiento del hijo lactante en el caso de riesgo durante la lactancia natural.