

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



Fecha inicio \_\_/\_\_/----

- PARTE INICIAL
- N° PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN

RECAÍDA: SÍ  NO

- INCAPACIDAD TEMPORAL
- RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
- RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

- ALTA - Fecha \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Causa:
- Curación
  - Mejoría que permite trabajo habitual
  - Posible nueva situación de IT
  - Fallecimiento
  - Agotamiento del plazo máximo
  - Interrupción embarazo o lactancia natural, o comienzo del permiso por parto

<b>1</b>	<b>MUTUALISTA</b>		<b>FACULTATIVO</b>	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: .....	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad: .....	
			Entidad médica: .....	
			Fecha __/__/____ Lugar: .....	
			Firma: .....	
			Nº de colegiado: [ ]	

<b>2</b>	<b>Código CIE-9-MC</b>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Duración probable:	días	[ ] [ ] [ ] [ ]
	<i>Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):</i>				
	<i>Descripción de la limitación en la capacidad funcional:</i>				
	<b>DATOS ESPECÍFICOS</b>				
	- Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte:			días	[ ] [ ] (máximo 30)
	- Sin variaciones				

DPS 11002.1 (06/18) Ejemplar para el/la MUTUALISTA

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE)2016/679, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE. Más información: <http://www.muface.es/protección de datos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

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"/> <input type="checkbox"/> Nº 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

DPS 11002.2 (06/18) Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

<b>1</b>	<b>MUTUALISTA</b>		<b>FACULTATIVO</b>	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: .....	
			Especialidad: .....	
			Entidad médica: .....	
	Nombre	Número de afiliación	Fecha __/__/____	Lugar:
			Firma:	
			<b>Nº de colegiado:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

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

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE)2016/679, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE. Más información: <http://www.muface.es/protección de datos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

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"/> <input type="checkbox"/> Nº 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

DPS 11002.3 (06/18) Ejemplar para que el Órgano de Personal envíe a MUFACE

<b>1</b>	<b>MUTUALISTA</b>		<b>FACULTATIVO</b>	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: .....	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad: .....	
			Entidad médica: .....	
			Fecha ___/___/___	Lugar:
			Firma:	
			<b>Nº de colegiado:</b>  _	

<b>2</b>	<b>Código CIE-9-MC</b>	_ _ _ _      _ _	Duración probable:	días	_ _ _
	<b>INFORME MÉDICO</b>				
	Descripción de la limitación en la capacidad funcional:				
	<b>DATOS ESPECÍFICOS</b>				
	- Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte:				días
- Sin variaciones <input type="checkbox"/>					

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE)2016/679, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutuismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE. Más información: <http://www.muface.es/protección de datos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)



## 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

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE)2016/679, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo.

Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

### 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 sucesivas 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.