



PARTE DE INICIO DA SITUACIÓN

Data (dd/mm/año)

PARTE DE CONFIRMACIÓN Nº

PARTE ALTA

Data (dd/mm/año)

Causa del alta:

- Comienzo del permiso por parto. Incorporación á súa función habitual. Interrupción del embarazo o la lactancia natural. Falecemento. Incorporación a outro posto compatible co seu estado. Cumprimento de 9 meses polo lactante.

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Form fields for Mutualist: Primeiro apelido, Segundo apelido, Nome, Número de afiliación, Nº DNI, Teléfono, Correo electrónico, Entidade que presta a asistencia sanitaria.

1.2 FACULTATIVO

Form fields for Facultative: Nº de colexiado, Apelidos e nome, Especialidade.

2. DATOS MÉDICOS

Form fields for Medical Data: 2.1 Embarazo, 2.2 Data probable do parto, 2.3 Lactación natural, 2.4 Data nacemento fillo.

3. ACTIVIDAD LABORAL

4. CRITERIO SOBRE O RISCO: Podería haber situación de risco en virtude dos datos médicos e a actividade laboral expresada pola mutualista

5. CODIFICACIÓN PARA MUFACE: REL

6. SIN VARIACIONES

....., ade de 20... (Data de expedición do parte)

Sinatura do facultativo



PARTE DE INICIO DA SITUACIÓN

Data (dd/mm/año)

PARTE DE CONFIRMACIÓN Nº

PARTE ALTA

Data (dd/mm/año)

Causa del alta:

- Comienzo del permiso por parto.
- Interrupción del embarazo o la lactancia natural.
- Incorporación a outro posto compatible co seu estado.
- Incorporación á súa función habitual.
- Falecemento.
- Cumprimento de 9 meses polo lactante.

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primeiro apelido

Segundo apelido

Nome

Número de afiliación

Nº DNI

Teléfono:

Correo electrónico:

Entidade que presta a asistencia sanitaria:

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado

Apellidos e nome:

Especialidade:.....

2. DATOS MÉDICOS

2.1 Embarazo

2.2 Data probable do parto

2.3 Lactación natural

2.4 Data nacemento fillo

3. ACTIVIDAD LABORAL

.....
.....
.....

4. CRITERIO SOBRE O RISCO: Podería haber situación de risco en virtude dos datos médicos e a actividade laboral expresada pola mutualista

5. CODIFICACIÓN PARA MUFACE: REL

6. SIN VARIACIONES

....., ade de 20...

(Data de expedición do parte)

Sinatura do facultativo



IMPORTANTE

- o **Finalidade do parte:** o contido deste parte é o asesoramento médico para que o órgano de persoal onde a mutualista presta servizos resolva a concesión da licenza por enfermidade, requisito imprescindible para declarar a situación de incapacidade temporal (art. 88 do Regulamento Xeral do Mutualismo Administrativo, RD 375/2010, do 28 de marzo)
 - o **Prazos:** o exemplar para a Administración do parte inicial debe achegalo a mutualista ao seu órgano de persoal durante os catro primeiros días hábiles desde o inicio da situación. O do parte de confirmación, durante os tres días hábiles seguintes á súa expedición. O do parte de alta, ao día hábil seguinte á súa expedición.
 - o **Validez do parte:** A información solicitada é obrigatoria para a validez do parte, que debe ser cumprimentado e asinado polo médico que atende á mutualista.
 - o **Expedición e periodicidade do parte:** nos tres primeiros meses de licenza expedirase, con carácter xeral, un único parte de baixa. Se se prevé unha duración do risco inferior a tres meses e alcanzácese esa data sen que desaparecese o risco, expedirase un novo parte polo período de duración probable. Se se alcanza o día 91 da situación de risco e este continúa, expediranse partes sucesivos con igual contido e pola duración e periodicidade xa habituais para as situacións de IT: de 15 ou 30 días como máximo
3. **Actividade laboral:** será a que a mutualista traslade ao facultativo no momento da consulta.
 4. **Criterio sobre o risco:** o médico expresará a súa opinión sobre a existencia dun posible risco asociado ao posto de traballo, dada a situación de xestión ou lactación natural da mutualista e as circunstancias da actividade laboral que desempeña. Esta información asesorará ao órgano de persoal competente para cualificar o risco durante o embarazo ou risco durante a lactación natural.
 5. **Codificación do parte:** A codificación do diagnóstico nestas situacións é REL.
 6. **Apartado 6 “sen variacións”:** utilizarase nos partes de confirmación asinados polo mesmo facultativo que expediu o inicial ou o inmediato anterior de confirmación se o diagnóstico é o mesmo. Deste xeito non será necesario encher de novo os datos médicos xa achegados.