



PARTE DE INICIO DE LA SITUACIÓN

Fecha    (dd/mm/año)

PARTE DE CONFIRMACIÓN Nº

PARTE ALTA

Fecha    (dd/mm/año)

Causa del alta:

- Comienzo del permiso por parto.
- Interrupción del embarazo o la lactancia natural.
- Incorporación a otro puesto compatible con su estado.
- Incorporación a su función habitual.
- Fallecimiento.
- Cumplimiento de 9 meses por el lactante.

**1. DATOS IDENTIFICATIVOS**

**1.1 MUTUALISTA**

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

Número de afiliación  Nº DNI

Teléfono:  Correo electrónico: .....

Entidad que presta la asistencia sanitaria: .....

**1.2 FACULTATIVO**

Nº de colegiado

Apellidos y nombre: .....

Especialidad:.....

**2. DATOS MÉDICOS**

2.1 Embarazo  2.2 Fecha probable del parto

2.3 Lactancia natural  2.4 Fecha nacimiento hijo

**3. ACTIVIDAD LABORAL**

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

**4. CRITERIO SOBRE EL RIESGO:** Podría haber situación de riesgo en virtud de los datos médicos y la actividad laboral expresada por la mutualista.

**5. CODIFICACIÓN PARA MUFACE: REL**

**6. SIN VARIACIONES**

....., a .....de ..... de 20...  
(Fecha de expedición del parte)

Firma del facultativo

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, 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.



PARTE DE INICIO DE LA SITUACIÓN

Fecha    (dd/mm/año)

PARTE DE CONFIRMACIÓN Nº

PARTE ALTA

Fecha    (dd/mm/año)

Causa del alta:

- Comienzo del permiso por parto.
- Interrupción del embarazo o la lactancia natural.
- Incorporación a otro puesto compatible con su estado.
- Incorporación a su función habitual.
- Fallecimiento.
- Cumplimiento de 9 meses por el lactante.

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

Número de afiliación  Nº DNI

Teléfono:  Correo electrónico: .....

Entidad que presta la asistencia sanitaria: .....

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado

Apellidos y nombre: .....

Especialidad:.....

2. DATOS MÉDICOS

2.1 Embarazo  2.2 Fecha probable del parto

2.3 Lactancia natural  2.4 Fecha nacimiento hijo

3. ACTIVIDAD LABORAL

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

4. CRITERIO SOBRE EL RIESGO: Podría haber situación de riesgo en virtud de los datos médicos y la actividad laboral expresada por la mutualista.

5. CODIFICACIÓN PARA MUFACE: REL

6. SIN VARIACIONES

....., a ..... de ..... de 20...  
(Fecha de expedición del parte)

Firma del facultativo

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, 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.



### **IMPORTANTE**

- **Finalidad del parte:** el contenido de este parte es el asesoramiento médico para que el órgano de personal donde la mutualista presta servicios pueda resolver sobre la concesión de la licencia por riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural, conforme prevé el art.99 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, RD 375/2010, de 28 de marzo.
  - **Plazos:** el ejemplar para la Administración del parte inicial debe aportarlo la mutualista a su órgano de personal durante los cuatro primeros días hábiles desde el inicio de la baja. El del parte de confirmación, durante los tres días hábiles siguientes a su expedición. El del parte de alta, al día hábil siguiente a su expedición.
  - **Validez del parte:** La información solicitada es obligatoria para la validez del parte, que debe ser cumplimentado y firmado por el médico que atiende a la mutualista.
  - **Expedición y periodicidad del parte:** en los tres primeros meses de licencia se expedirá, con carácter general, un único parte de baja. Si se prevé una duración del riesgo inferior a tres meses y se alcanzara esa fecha sin que desapareciera el riesgo, se expedirá un nuevo parte por el período de duración probable. Si se alcanza el día 91 de la situación de riesgo y este continúa, se expedirán partes sucesivos con igual contenido y por la duración y periodicidad ya habituales para las situaciones de IT: de 15 o 30 días como máximo.
3. **Actividad laboral:** será la que la mutualista traslade al facultativo en el momento de la consulta.
  4. **Criterio sobre el riesgo:** el médico expresará su opinión sobre la existencia de un posible riesgo asociado al puesto de trabajo, dada la situación de gestación o lactancia natural de la mutualista y las circunstancias de la actividad laboral que desempeña. Esta información asesorará al órgano de personal competente para calificar el riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural.
  5. **Codificación del parte:** La codificación del diagnóstico en estas situaciones es **REL**.
  6. **Apartado 6 “sin variaciones”:** se utilizará en los partes de confirmación firmados por el mismo facultativo que expidió el inicial o el inmediato anterior de confirmación si el diagnóstico es el mismo. De este modo no será necesario rellenar de nuevo los datos médicos ya aportados.