

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
--	--	---

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 _____
	INFORME MÉDICO			
	Descripción de la limitación en la capacidad funcional: <hr/> 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.

SECRETARÍA DE ESTADO PARA
LA FUNCIÓN PÚBLICA


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:

- o El ejemplar 1, para el/la MUTUALISTA, será presentado, en todas las ocasiones, al médico que realice los sucesivos reconocimientos.
- o 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.



PARTE DE MATERNIDAD

INSTRUCCIONES

- Todos los datos serán anotados por el médico de la Entidad o del Servicio Público de Salud a que se encuentre adscrita la mutualista, responsable de su asistencia, marcando con "X" las cuadrículas correspondientes y reflejando la información solicitada.
- El apartado 2 "INFORME MÉDICO" sólo deberá rellenarse y suscribirse por el médico en el caso de que **la madre haya manifestado su intención de incorporarse a su puesto de trabajo** una vez transcurrido el período de descanso obligatorio para ella, y antes de que concluya el período de descanso voluntario. En tal caso:
 - Si el parte de maternidad es expedido una vez que el parto ha tenido lugar, el apartado 2 podrá rellenarse y suscribirse en ese mismo documento.
 - Si, por el contrario, el parte de maternidad se expidiera con antelación al parto, el apartado 2 se deberá rellenar y suscribirse en un segundo parte de maternidad expedido con posterioridad al parto, a instancia de la madre.
- Los partes de maternidad se entregarán al órgano de personal competente dentro de los cuatro días hábiles siguientes al parto o al comienzo del descanso, en el caso de que se inicie éste con anterioridad al mismo.

ANEXO III

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN



<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)
<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T. (MES 16º)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA
Código CIE-9-MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Duración probable: Días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:.....	
			Especialidad:.....	
			Entidad médica:.....	
	Nombre	Número de afiliación	Fecha __/__/____ Lugar: _____	
			Firma: _____	
			Nº de colegiado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Ejemplar para el MUTUALISTA

2	<p>A) Dolencias padecidas que motivan la situación de incapacidad temporal:</p> <p>B) Valoración de la situación (marcar una opción):</p> <p><input type="checkbox"/> Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación</p> <p><input type="checkbox"/> Posible incapacidad permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días</p> <p>Justificación de la opción elegida:</p>
----------	---

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN



SECRETARÍA DE ESTADO PARA LA FUNCIÓN PÚBLICA

muFace

<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)
<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T (MES 16º)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA
Código CIE-9-MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Duración probable: Días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad:	
			Entidad médica:	
			Fecha __/__/____ Lugar: _____	
			Firma: _____	
			Nº de colegiado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2	
	<p>I N F O R M E M É D I C O</p> <p>B) Valoración de la situación (marcar una opción):</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Possible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Possible incapacidad permanente</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días</i></p> <p>Justificación de la opción elegida:</p>

Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

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.

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN



<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)
<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T (MES 16º)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA
Código CIE-9-MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Duración probable: Días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad:	
			Entidad médica:	
			Fecha __/__/____ Lugar: _____	
			Firma: _____	
			Nº de colegiado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Ejemplar para que el Organismo de Personal envíe a MUFACE

2	
I N F O R M E M É D I C O	<p>B) Valoración de la situación (marcar una opción):</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Possible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Possible incapacidad permanente</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días</i></p> <p>Justificación de la opción elegida:</p>

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.



SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN

INSTRUCCIONES

Los partes de confirmación correspondientes a los periodos en que se cumpla el décimo y el decimosexto mes, en su caso, desde el inicio de la situación de incapacidad temporal deberán ir acompañados de un informe médico adicional de ratificación.

DATOS GENERALES

Este documento es **indispensable** para que el órgano de personal adopte la decisión que corresponda en cuanto a la prórroga de la situación de incapacidad temporal más allá de los 365 días desde el inicio del proceso patológico, y en su caso, para la continuidad de los efectos de la incapacidad temporal, una vez agotado el período de 545 días. Estos informes deberán acompañar a los partes de confirmación correspondientes a los periodos en que se cumpla el 10º mes y en su caso el 16º.

- El impreso consta de tres ejemplares.
- **Todos los datos** deberán ser **anotados por el médico** de la Entidad o del Servicio Público de Salud al que esté adscrito el mutualista, al efectuar el reconocimiento que corresponda al parte de confirmación referente al periodo en que se cumpla el mes 10º y, en su caso, el mes 16º.
- Se marcarán con una "X" los recuadros necesarios para señalar el tipo de informe médico que se expide (informe de ratificación para prórroga de I.T o informe de ratificación previo a la extinción de I.T).
- Se anotarán los dos dígitos que correspondan al *parte de confirmación* del que este informe es complementario.

DATOS ESPECÍFICOS

- El diagnóstico irá con el correspondiente código estandarizado (CIE-9-MC) en los tres ejemplares.
- En el apartado *duración probable* se indicará el tiempo, en días, durante el que se considera que persistirán las condiciones que impiden al mutualista incorporarse a su puesto de trabajo, computado a partir de la fecha de expedición de este informe.

INFORMES MÉDICOS DE RATIFICACIÓN

A. INFORME ADICIONAL DE RATIFICACIÓN PARA LA CONCESIÓN DE PRÓRROGA (correspondiente al mes 10º).

En este informe deberán constar las dolencias padecidas por el mutualista y la presunción médica de que:

- a) El mutualista podría llegar a ser dado de alta por curación o mejoría antes de cumplirse quinientos cuarenta y cinco días naturales desde el inicio de la situación, o
- b) Se trata de un proceso que podría calificarse de incapacidad permanente. En este caso el órgano de personal tendrá que iniciar de oficio el procedimiento de jubilación ante el órgano competente.

B. INFORME ADICIONAL DE RATIFICACIÓN PREVIO A LA EXTINCIÓN DE LA SITUACIÓN (correspondiente al mes 16º)

Se pronunciará sobre los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener para el mutualista los efectos de la incapacidad temporal, más allá del periodo de 545 días o, bien, señalará que se trata de un proceso que podría calificarse de incapacidad permanente. El órgano de personal debe, en ambos casos, iniciar de oficio el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente.

ANEXO IV



SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
Nº EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MÉDICO A PETICIÓN DEL MUTUALISTA

1	DATOS DEL MUTUALISTA			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
	Provincia	País	Teléfono	NIF / Pasaporte / D. identificación (U.E.)
	DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (A cumplimentar voluntariamente) Calle o plaza y número			
	Código postal	Localidad	Provincia	País
2	DATOS PROFESIONALES			
	DESTINO (denominación del Órgano, de la Unidad Administrativa)		CENTRO DIRECTIVO	
	DIRECCIÓN		Código postal	Localidad
	Provincia	País		
3	MOTIVO DE LA SOLICITUD			
	DENEGACIÓN DE LICENCIA : SÍ			
	CAUSA DE LA DENEGACIÓN (motivación del documento de denegación de licencia del órgano de personal)			
	FECHA EN LA QUE RECIBE COMUNICACIÓN DE LA DENEGACIÓN :/...../..... o, en su caso, FECHA DE LA DENEGACIÓN:/...../.....			
4	DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD			
	<input checked="" type="checkbox"/> Parte de baja expedido por el médico de la situación de IT por la que se deniega la licencia <input checked="" type="checkbox"/> Resultado del reconocimiento médico en que se basa la denegación de la licencia			
	OTROS DOCUMENTOS:			

ME COMPROMETO BAJO MI RESPONSABILIDAD A:

1. Acudir a la Unidad Médica que me asignen para que me realice el reconocimiento médico que solicito.
2. Acudir al reconocimiento en el lugar, la fecha y la hora que se me indique en la citación.
3. Aportar, a la Unidad Médica que me realice el reconocimiento, toda la documentación, informes y pruebas diagnósticas que tenga en mi poder y que sean relevantes para la evaluación que me realicen.
4. Entregar una copia de esta solicitud de reconocimiento médico al órgano de personal competente.

Y AUTORIZO el acceso de los facultativos de las Unidades Médicas de Seguimiento a mi historial médico en poder de las unidades médicas que dependan o presten su colaboración con el órgano de personal competente.

Lugar, fecha y firma del solicitante o de su representante debidamente acreditado (Art. 32 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de RJAAPP-PAC)

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.

Sr. Director del Servicio Provincial de MUFACE.

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

Según prevé el artículo 90.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, en aquellas situaciones en las que un órgano de personal deniegue la licencia a un mutualista por existir contradicción entre el parte de baja presentado por el mutualista expedido por un médico de la Entidad Médica o Servicio Público de Salud al que figure adscrito y el sentido del informe emitido por las unidades médicas que dependan o presten su colaboración con el órgano de personal competente para expedir la licencia, **el mutualista podrá optar**, con comunicación a dicho órgano de personal, **por recabar de MUFACE una valoración del caso** por las Unidades Médicas de Seguimiento de las que disponga MUFACE en virtud de los instrumentos de colaboración que hubiera suscrito.

Esta solicitud será presentada por el mutualista en el plazo máximo de diez días hábiles contados desde la fecha en que el órgano de personal le comunique la denegación de la licencia y no suspenderá los efectos de la decisión denegatoria.

El mutualista entregará copia de la solicitud al órgano de personal competente.

Para su admisión por MUFACE, esta solicitud irá acompañada de copia de los siguientes documentos: del parte de baja de la situación de IT por la que se deniega la licencia, del resultado del reconocimiento médico en que se basa la denegación de la licencia y del historial médico de la situación de IT de que se trate, para que la Unidad Médica de Seguimiento lleve a cabo el reconocimiento y elabore el correspondiente informe. Los originales de estos documentos se presentarán por el mutualista en el momento del reconocimiento.

El mutualista consiente expresamente el acceso de la Unidad Médica de Seguimiento (INSS / ICAM) al historial médico en poder de las unidades médicas que dependan o presten su colaboración con el órgano de personal competente.

El resultado de esta valoración tendrá carácter vinculante para la nueva resolución a dictar por el órgano de personal, la cual, conforme a dicha vinculación, confirmará la denegación de la licencia o revocará la resolución inicial, procediendo a conceder la licencia con la misma fecha de efectos de la resolución revocada.

Contra la nueva resolución podrá interponerse el recurso procedente, sin que, en ningún caso, quepa instar una nueva valoración médica.