PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, MATERNIDAD, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

MINISTERIO DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL

☐ ENFERMEDAD
☐ ACCIDENTE
☐ RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
☐ RIESGO DURANTE LA LACTANCIA
☐ MATERNIDAD

Fecha inicio:
☐ PARTE INICIAL
☐ PARTE DE CONTINUIDAD N.º ☐☐
RECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐
☐ FECHA PREVISIBLE DEL PARTO:
☐ FECHA DEL PARTO:

☐ ALTA-Fecha:
Causa:
☐ Curación
☐ Mejoría que permite trabajo habitual
☐ Posible nueva situación de IT
☐ Fallecimiento
☐ Agotamiento del plazo máximo
☐ Interrupción del embarazo o lactacia natural
☐ Comienzo del permiso por parto

1-Ejemplar para el/la MUTUALISTA

MUTUALISTA	FACULTATIVO
Primer apellido	*Apellidos y nombre:* .....
Segundo apellido	*Especialidad:* .....
Nombre	*Entidad médica:* .....
Número de afiliación	*Localidad:* *Fecha:* *Firma:*
	N.º de colegiado:

Código CIE-9-MC ☐ ☐ Duración probable: días ☐

Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):

Descripción de la limitación en la capacidad funcional:

DATOS ESPECÍFICOS

Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo de nuevo parte: *días* ☐ *(máximo 30)*

Sin variaciones ☐

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 relativos a situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, se encuentran protegidos por dicha ley, pudiendo ejercitarse el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Órgano competente.

PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, MATERNIDAD, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

MINISTERIO DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL

☐ ENFERMEDAD
☐ ACCIDENTE
☐ RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
☐ RIESGO DURANTE LA LACTANCIA
☐ MATERNIDAD

Fecha inicio:
☐ PARTE INICIAL
☐ PARTE DE CONTINUIDAD N.º ☐☐
RECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐
☐ FECHA PREVISIBLE DEL PARTO:
☐ FECHA DEL PARTO:

☐ ALTA-Fecha:
Causa:
☐ Curación
☐ Mejoría que permite trabajo habitual
☐ Posible nueva situación de IT
☐ Fallecimiento
☐ Agotamiento del plazo máximo
☐ Interrupción del embarazo o lactacia natural
☐ Comienzo del permiso por parto

2-Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

MUTUALISTA	FACULTATIVO
Primer apellido	*Apellidos y nombre:* .....
Segundo apellido	*Especialidad:* .....
Nombre	*Entidad médica:* .....
Número de afiliación	*Localidad:* *Fecha:* *Firma:*
	N.º de colegiado:

Código CIE-9-MC ☐ ☐ Duración probable: días ☐

Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):

Descripción de la limitación en la capacidad funcional:

DATOS ESPECÍFICOS

Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo de nuevo parte: *días* ☐ *(máximo 30)*

Sin variaciones ☐

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 relativos a situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, se encuentran protegidos por dicha ley, pudiendo ejercitarse el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Órgano competente.

PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, MATERNIDAD, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

MINISTERIO DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL

☐ ENFERMEDAD
☐ ACCIDENTE
☐ RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
☐ RIESGO DURANTE LA LACTANCIA
☐ MATERNIDAD

Fecha inicio:
☐ PARTE INICIAL
☐ PARTE DE CONTINUIDAD N.º ☐☐
RECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐
☐ FECHA PREVISIBLE DEL PARTO:
☐ FECHA DEL PARTO:

☐ ALTA-Fecha:
Causa:
☐ Curación
☐ Mejoría que permite trabajo habitual
☐ Posible nueva situación de IT
☐ Fallecimiento
☐ Agotamiento del plazo máximo
☐ Interrupción del embarazo o lactacia natural
☐ Comienzo del permiso por parto

3-Ejemplar para el ORGANISMO COMPETENTE

MUTUALISTA	FACULTATIVO
Primer apellido	*Apellidos y nombre:* .....
Segundo apellido	*Especialidad:* .....
Nombre	*Entidad médica:* .....
Número de afiliación	*Localidad:* *Fecha:* *Firma:* ***N.º de colegiado:***

Código CIE-9-MC ☐ ☐ Duración probable: días ☐

Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):

Descripción de la limitación en la capacidad funcional:

DATOS ESPECÍFICOS

Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo de nuevo parte: *días* ☐ *(máximo 30)*

Sin variaciones ☐

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 relativos a situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, se encuentran protegidos por dicha ley, pudiendo ejercitarse el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Órgano competente.