

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



**MUTUALIDAD  
GENERAL  
JUDICIAL**

- ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL
- ACCIDENTE ACTO DE SERVICIO / ENFERMEDAD PROFESIONAL
- RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
- RIESGO DURANTE LA LACTANCIA
- MATERNIDAD

Fecha inicio:

- PARTE INICIAL
- PARTE CONTINUIDAD Nº

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
- Interr. embarazo o lactancia natural
- Comienzo del permiso por parto

1-Ejemplar para el/la MUTUALISTA

MUTUALISTA
Primer apellido
Segundo apellido
Nombre
Número de afiliación

FACULTATIVO
Apellidos y nombre: .....
Especialidad: .....
Entidad médica: .....
Localidad: <span style="float: right;">Fecha:</span>
Firma:
N.º de colegiado: <input style="width: 100%;" type="text"/>

**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



**MUTUALIDAD  
GENERAL  
JUDICIAL**

- ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL
- ACCIDENTE ACTO DE SERVICIO / ENFERMEDAD PROFESIONAL
- RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
- RIESGO DURANTE LA LACTANCIA
- MATERNIDAD

Fecha inicio:

- PARTE INICIAL
- PARTE CONTINUIDAD Nº

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
- Interr. embarazo o lactancia natural
- Comienzo del permiso por parto

2-Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

MUTUALISTA
Primer apellido
Segundo apellido
Nombre
Número de afiliación

FACULTATIVO
Apellidos y nombre: .....
Especialidad: .....
Entidad médica: .....
Localidad: <span style="float: right;">Fecha:</span>
Firma:
N.º de colegiado: <input style="width: 150px;" type="text"/>

**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



**MUTUALIDAD  
GENERAL  
JUDICIAL**

- ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL
- ACCIDENTE ACTO DE SERVICIO / ENFERMEDAD PROFESIONAL
- RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
- RIESGO DURANTE LA LACTANCIA
- MATERNIDAD

Fecha inicio:

- PARTE INICIAL
- PARTE CONTINUIDAD Nº

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
- Interr. embarazo o lactancia natural
- Comienzo del permiso por parto

3-Ejemplar para el ORGANISMO COMPETENTE

MUTUALISTA
Primer apellido
Segundo apellido
Nombre
Número de afiliación

FACULTATIVO
Apellidos y nombre: .....
Especialidad: .....
Entidad médica: .....
Localidad: <span style="float: right;">Fecha:</span>
Firma:
N.º de colegiado: <input style="width: 100%;" type="text"/>

**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.