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

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

MUGEJU

☐ 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 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	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Nombre	
Número de afiliación	D.N.I.

FACULTATIVO

Apellidos y nombre: .....
Especialidad: .....
Entidad médica: .....
Localidad: Fecha:
Firma:

N.º de colegiado:

CIE 10 ES diagnóstico ☐☐☐ • ☐☐☐☐ | 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 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 puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Órgano competente.

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

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES

MUGEJU

☐ 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 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	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Nombre	
Número de afiliación	D.N.I.

FACULTATIVO

Apellidos y nombre: .....
Especialidad: .....
Entidad médica: .....
Localidad: Fecha:
Firma:

N.º de colegiado:

CIE 10 ES diagnóstico ☐☐☐ • ☐☐☐☐

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 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 puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Órgano competente.

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

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES

MUGEJU

☐ 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 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	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Nombre	
Número de afiliación	D.N.I.

FACULTATIVO

Apellidos y nombre: .....
Especialidad: .....
Entidad médica: .....
Localidad: Fecha:
Firma:

N.º de colegiado:

CIE 10 ES diagnóstico ☐☐☐ • ☐☐☐☐

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 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 puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Órgano competente.