



INFORME MÉDICO ESPECÍFICO

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

INSTRUCCIONES

DATOS GENERALES

NOTA.- 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 (para los meses desde el 13º al 18º) o, en su caso, a la continuidad de los efectos de la incapacidad temporal, una vez agotado el período máximo de 18 meses.

- El impreso consta de dos ejemplares .
- **Todos los datos** deberán ser **anotados por el médico** de la Entidad de adscripción del mutualista, al efectuar el reconocimiento que corresponda al parte de confirmación previo al mes 12º y, en su caso, al mes 18º.
- Se marcarán con una "X" los recuadros necesarios para señalar el tipo de informe médico que se expide (*ratificación para prórroga o mantenimiento de efectos*) y la causa que originó la incapacidad temporal (*enfermedad o accidente*).
- Se anotarán los dos dígitos que correspondan al *parte de confirmación* del que este informe es complementario.

DATOS ESPECÍFICOS

- El diagnóstico irá codificado en los dos ejemplares.
- En el apartado *duración probable* se indicará el tiempo, en días o meses, 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.

INFORME MÉDICO

- INFORME DE RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (PREVIO AL MES 12º)
Deberá explicar las razones por las que se presume que el mutualista, en los seis meses siguientes, pudiera ser dado de alta, debido a la curación de las dolencias que padece o, al menos, a una mejoría notable en su estado de salud, que le permita incorporarse a su puesto de trabajo.
- INFORME DE MANTENIMIENTO DE EFECTOS (PREVIO AL MES 18º)
Tendrá que pronunciarse 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 período de duración máxima de la misma (18 meses), en tanto se decide sobre el posible carácter permanente de la enfermedad.

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL
INFORME MÉDICO ESPECÍFICO (Ver instrucciones)



<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (PREVIO AL MES 12º) <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE EFECTOS (PREVIO AL MES 18º) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE
Código CIE-9-MC <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"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DPS-11003.1 (04/07) Ejemplar para el MUTUALISTA

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:	
Nombre	Número de afiliación	Especialidad:		
		Entidad médica:		
		Lugar, fecha y 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	I N F O R M E M É D I C O	
----------	---	--



SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL
INFORME MÉDICO ESPECÍFICO (Ver instrucciones)



<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (PREVIO AL MES 12º) <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE EFECTOS (PREVIO AL MES 18º) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE
Código CIE-9-MC <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"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DPS-11003.2 (04/07) Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:	
Nombre	Número de afiliación	Especialidad:		
		Entidad médica:		
		Lugar, fecha y 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	I N F O R M E M É D I C O	
----------	---	--