



PARTE DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL

INFORMACIÓN

- Este "parte de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo y lactancia natural", se compone de tres ejemplares.
- El ejemplar 1, para el/la MUTUALISTA, del "parte" que se emita **será presentado, en todas las ocasiones, al médico** que realice los sucesivos reconocimientos.
- Los ejemplares 2 y 3 se entregarán al Órgano de Personal, como muy tarde, al cuarto día desde el inicio de la situación (en el caso del "parte" inicial) o al día siguiente hábil desde su expedición (en el caso de los "partes" sucesivos, así como en el de "alta").
- El contenido de cada "parte" 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 art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, 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 se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de oposición a su tratamiento, así como los de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

En cuanto a lo establecido en los artículos 6 y 7 de la mencionada Ley Orgánica, se informa que la entrega por el mutualista al Órgano de Personal de los ejemplares 2 y 3 de cada "parte", presupone el consentimiento expreso del interesado para el tratamiento de los datos codificados que figuran en tales ejemplares, a través del fichero mencionado.

INSTRUCCIONES

DE CARÁCTER GENERAL

- Los datos de la **cabecera** serán anotados **por el médico** de la Entidad de adscripción del mutualista, en cada reconocimiento.
- En el ALTA se anotará, también, la fecha de ésta y su causa.

PARTES DE ENFERMEDAD o ACCIDENTE

A) **INICIAL**.— Se expedirá antes de que se alcance el **cuarto día de ausencia al puesto de trabajo**, sin que se produzca la reincorporación. **Se anotarán:**

- El **código** del diagnóstico y la **duración** probable de la incapacidad.
- (Únicamente en el espacio reservado para ello) **La descripción literal del diagnóstico**.

B) **SUCESIVOS (hasta alcanzarse el fin del tercer mes de incapacidad)**.— Se emitirán **secuencialmente con antelación a los días 15 y último hábil de cada mes** (si el informe inicial se expidió dentro de los diez primeros días del mes, el primer informe sucesivo se emitirá con antelación al día 15 de dicho mes. En caso contrario, deberá emitirse con antelación al último día hábil del mes, salvo que la diferencia entre el parte inicial y el fin de mes no supere 4 días, en que se emitirá antes del día 15 siguiente). **Se anotarán:**

- (Sólo si hay variación) El **código** del diagnóstico y la **duración** probable de la incapacidad.

C) **DE CONFIRMACIÓN**.— El primero se rellenará **el día que comience el 4º mes** desde que se inició la incapacidad o el siguiente día hábil y **continuarán** emitiéndose **mensualmente**, si fuera necesario, **con antelación al último día hábil del mes** (salvo que se trate del segundo de confirmación y la fecha de comienzo del cómputo del 4º mes fuese entre el día 21 y el fin de mes, en cuyo caso se emitirá con antelación al último día hábil del mes posterior). **Contendrá:**

- El **código** del diagnóstico y la **duración** probable de la incapacidad **desde el primero de estos partes**.
- (Únicamente en el espacio reservado para ello) Las dolencias padecidas y su evolución.
- **DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA**. **Limitaciones** que las dolencias supongan para la **capacidad funcional**, así como el **tratamiento** médico prescrito si fuera relevante respecto a la capacidad funcional.

NOTA.- Común a los partes sucesivos y a los de confirmación: si el médico fuera el mismo y no hubieran variado las circunstancias de salud, bastará con que el facultativo indique expresamente **"sin variaciones"**, en el espacio reservado a **"DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA"**.

PARTES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL

Se expedirá al **4º día desde el inicio de la situación, al concluir la duración probable** (sólo si ésta fuera inferior a 3 meses y continuara el riesgo) **y al comienzo del 4º mes** de prórroga de la licencia. **Se indicarán:**

- La **DURACIÓN PROBABLE** del período de riesgo.
- **DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA**. **Se acreditará que las condiciones del puesto** de trabajo desarrollado por la mutualista en el caso de riesgo durante el embarazo **influyen negativamente en su salud, en la del feto o en la de ambos**, así como el **riesgo específico** que tales condiciones presentan **para el embarazo** y, en el caso de riesgo durante la lactancia natural, influyen negativamente en la salud de la mutualista, del hijo o hija.

PARTE DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL



Fecha inicio __/__/____

ENFERMEDAD

ACCIDENTE

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

ALTA - Fecha __/__/____

Causa:

Curación

Mejoría que permite trabajo habitual

Posible incapacidad permanente

Fallecimiento

Agotamiento del plazo máximo

PARTE INICIAL

N° PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN

RECAÍDA: SÍ NO

DPS 11002.1 (05-07) Ejemplar para el/la 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.	

2 I N F O R M E M É D I C O	Ver instrucciones	Código CIE-9-MC	Duración probable: días meses
	Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):		
	DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA (ver instrucciones)		



PARTE DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL



Fecha inicio __/__/____

ENFERMEDAD

ACCIDENTE

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

ALTA - Fecha __/__/____

Causa:

Curación

Mejoría que permite trabajo habitual

Posible incapacidad permanente

Fallecimiento

Agotamiento del plazo máximo

PARTE INICIAL

N° PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN

RECAÍDA SÍ NO

DPS 11002.2 (05-07) 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.	

2 I N F O R M E M É D I C O	Ver instrucciones	Código CIE-9-MC	Duración probable: días meses
	DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA (ver instrucciones)		

PARTE DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL



Fecha inicio __/__/____ <input type="checkbox"/> PARTE INICIAL <input type="checkbox"/> Nº PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN RECAÍDA SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <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 incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo máximo
---	--	---

DPS11002.3 (05-07) Ejemplar para que el Órgano de Personal envíe a MUFACE

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre: Especialidad: Entidad médica: Lugar, fecha y firma: Nº de colegiado:	
	Nombre	Número de afiliación		

2 I N F O R M E M É D I C O	<i>Ver instrucciones</i>	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"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/>
	DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA <i>(ver instrucciones)</i>			