



FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

PARTE INICIAL PARTE CONFIRMACIÓN Nº Marcar si RECAIDA

PARTE ALTA – Fecha (dd/mm/aaaa)

- Causa del alta:
- Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual
 - Fallecimiento
 - Pase a jubilación por edad o por IP para el servicio
 - Agotamiento del plazo máximo
 - Posible nueva situación de IT
 - Comienzo del permiso por maternidad

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primer apellido Segundo apellido Nombre

Número de afiliación: Nº de DNI:

Teléfono: Correo @ Entidad

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado

Apellidos y nombre:

Especialidad:

2. DATOS MÉDICOS

2.1 CIE 10 ES diagnóstico ● 2.2 Duración probable (días)

2.3 Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):

2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional

2.5 Indicar, si procede:

- Intervención quirúrgica
- Hospitalización
- Tratamiento quimio-radioterapia
- Otro procedimiento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte a días (máximo 30)

2.7 Sin variaciones

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de confirmación del 10º o el 16º mes

Valoración de la situación (marcar una opción):

- 3.1 Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación.
- 3.2 Posible incapacidad permanente.
- 3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.

Justificación de la opción elegida

..... de de 20....

Firma del facultativo que expide el parte



FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

PARTE INICIAL PARTE CONFIRMACIÓN Nº Marcar si RECAIDA

PARTE ALTA – Fecha (dd/mm/aaaa)

Causa del alta: Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual Fallecimiento
 Pase a jubilación por edad o por IP para el servicio Agotamiento del plazo máximo
 Posible nueva situación de IT Comienzo del permiso por maternidad

4. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primer apellido Segundo apellido Nombre

Número de afiliación:

Nº de DNI:

Teléfono: Correo @ Entidad

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado

Apellidos y nombre:

Especialidad:

5. DATOS MÉDICOS

2.1 CIE 10 ES diagnóstico ●

2.2 Duración probable (días)

2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional

2.5 Indicar, si procede:

Intervención quirúrgica Hospitalización
 Tratamiento quimio-radioterapia Otro procedimiento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte a días (máximo 30)

2.7 Sin variaciones

6. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de confirmación del 10º o el 16º mes

Valoración de la situación (marcar una opción):

3.1 Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación.
 3.2 Posible incapacidad permanente.
 3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.

Justificación de la opción elegida

..... de de 20....

Firma del facultativo que expide el parte

DPS- 11007.2 (04/19) Ejemplar para la ADMINISTRACIÓN



IMPORTANTE

- o **Finalidad del parte:** el contenido de este parte es el asesoramiento médico para que el órgano de personal donde el mutualista presta servicios resuelva la concesión de la licencia por enfermedad, requisito imprescindible para declarar la situación de incapacidad temporal (art. 88 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, RD 375/2010, de 28 de marzo)
- o **Plazos:** el ejemplar para la Administración del parte inicial debe aportarlo el mutualista a su órgano de personal durante los cuatro primeros días hábiles desde el inicio de la situación. El del parte de confirmación, durante los tres días hábiles siguientes a su expedición. El del parte de alta, al día hábil siguiente a su expedición.
- o **Validez del parte:** La información solicitada es obligatoria para la validez del parte, que debe ser cumplimentado y firmado por el médico que atiende al mutualista.
- o **Definición de recaída:** es el proceso patológico que sucede en los 180 días naturales siguientes a la finalización de uno anterior de la misma o similar patología. El médico indicará en el parte si el nuevo proceso iniciado es recaída de otro anterior.

2.1 Codificación del parte: se requiere la codificación del **diagnóstico** en **CIE 10 ES**. El formato admitido se muestra en la siguiente tabla. Los campos a la derecha del punto pueden ir en blanco o cumplimentados desde uno a cuatro caracteres alfanuméricos.

x	x	x	•	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---

Los **códigos de procedimiento no se admiten** en los partes de IT. Si es el caso, **ampliar el diagnóstico codificado** usando el apartado 2.5

2.3 Descripción del diagnóstico: solo en el ejemplar destinado al mutualista.

2.5 Información para completar el diagnóstico: intervención quirúrgica, hospitalización u otra circunstancia, procedimiento o técnica diagnóstica.

2.6 Periodicidad de los partes: deben expedirse quincenalmente, pero si por motivos de mejor asistencia al paciente es preciso demorar esta frecuencia, podrán expedirse por más tiempo, con un máximo de 30 días entre cada parte.

2.7 Casilla “sin variaciones”: se utilizará en los partes de confirmación firmados por el mismo facultativo que expidió el inicial o el inmediato anterior de confirmación, si el diagnóstico es el mismo. De este modo no será necesario rellenar de nuevo los datos médicos ya aportados.

3. El informe adicional de ratificación acompaña a los partes de confirmación del 10º y 16º mes, y solicitan del médico su criterio sobre la evolución del proceso y las posibilidades de recuperación o de incapacidad permanente. Si es el de **10º mes**, se pronunciará sobre **3.1 o 3.2**. Si es el de **16º mes**, sobre **3.2 y 3.3**.