



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

PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN Nº RECAIDA SI ☐ NO ☐

** Recuerde llevar el parte inmediato anterior siempre que vaya a la consulta de reconocimiento médico de su IT **

☐ 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 del parte



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

PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN Nº RECAIDA SI ☐ NO ☐

** Recuerde llevar el parte inmediato anterior siempre que vaya a la consulta de reconocimiento médico de su IT **

☐ 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)

2.4 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 del parte



IMPORTANTE

- o **Finalidad del parte:** el contenido de este parte es el asesoramiento médico para que el órgano de personal donde la persona 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 la persona 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 **Partes sucesivos:** es necesario acudir a la consulta del facultativo con el parte de baja o confirmación inmediatamente anterior.
- o **Validez del parte:** la información solicitada es obligatoria para la validez del parte, que debe ser cumplimentado y firmado por el facultativo que le presta la atención sanitaria.
- 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 facultativo 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. Además, los códigos **CIE-10-ES de diagnóstico** que empiezan por algunas de las siguientes letras **no son válidos** por tratarse de **diagnósticos secundarios** o factores externos que precisan de un código de diagnóstico principal: **P, U, V, W, X e Y** (excepto U07.1 y U09.9).

2.3 Descripción del diagnóstico: solo en el ejemplar destinado a la persona mutualista.

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

2.6 Periodicidad y duración de los partes: el parte inicial y sucesivos de confirmación se expedirán, con carácter general, por 15 días, salvo que el proceso patológico tenga una duración inferior, en que el parte abarcará el tiempo que el facultativo considere en función de la duración probable del proceso patológico. Excepcionalmente y por motivos de mejor asistencia, el parte puede abarcar más de 15 días, con un máximo de 30 días entre partes.

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 facultativo 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**.