¡Atención! Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, sitúe el puntero del ratón en el espacio correspondiente de la pág. 1 y aparecerá relleno en las demás págs. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

Imprimir formulario

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

PARTE MÉDICO PARA AS SITUACIONS DE INCAPACIDADE TEMPORAL

DATA DE INICIO DA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN Nº ☐☐ RECAIDA SE ☐ NON ☐

***Lembre levar o parte inmediato anterior sempre que vaia a consulta de recoñecemento médico do seu IT ***

☐ PARTE ALTA – Data (dd/mm/aaaa) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Causa del alta:
- ☐ Curación/Melloría que permite o traballo habitual
- ☐ Pase a xubilación por idade ou por IP para o servizo
- ☐ Posible nova situación de IT
- ☐ Comenzo do permiso por maternidade

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primeiro apelido ……………………………………. Segundo apelido ……………………………………. Nome ………………………………….

Número de afiliación: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nº de DNI: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Teléfono: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Correo @ ………………………………….. Entidade ………………………………………

1.2 FACULTATIVO

Nº de colexiado ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Apelidos i nome: ……

Especialidade: ………

2. DATOS MÉDICOS

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

2.3 Descrición do diagnóstico (doenzas e a súa evolución):

2.4 Descrición da limitación na capacidade funcional

2.5 Indicar, sei procede:
- ☐ Intervención quirúrxica
- ☐ Tratamento quimio-radioterapia
- ☐ Hospitalización
- ☐ Outro procedemento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Danse circunstancias que recomendan ampliación prazo de expedición do próximo parte a ☐☐ días (máximo 30)

2.7 Sen variacions ☐

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña ao parte de confirmación do 10º ou o 16º mes

Valoración da situación (marcar unha opción):

3.1 ☐ Posible alta por curación ou melloría antes dos 545 días naturais desde o inicio da situación.
3.2 ☐ Posible incapacidade permanente.
3.3 ☐ Necesidade mantemento dos efectos de IT máis aló do período de 545 días.

Xustificación da opción elixida ……………………………………………………………………………………………………

Limpiar formulario

……………………………..,…………….de ………………………. de 20……

Sinatura do facultativo que expide o parte

De acordo co **artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais) e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais**, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño) Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE. Máis información: http://www.muface.es/protección de datos Delegado de Protección de Datos da Mutualidade

DPS- 11007. 1 (04/24) Exemplar para a MUTUALISTA

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

PARTE MÉDICO PARA AS SITUACIONS DE INCAPACIDADE TEMPORAL

DATA DE INICIO DA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN Nº ☐☐ RECAIDA SE ☐ NON ☐

***Lembre levar o parte inmediato anterior sempre que vaia a consulta de recoñecemento médico do seu IT ***

☐ PARTE ALTA – Data (dd/mm/aaaa) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Causa del alta:

- ☐ Curación/Melloría que permite o traballo habitual
- ☐ Pase a xubilación por idade ou por IP para o servizo
- ☐ Posible nova situación de IT
- ☐ Comenzo do permiso por maternidade

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primeiro apelido ……………………………………… Segundo apelido …………………………………… Nome ………………………………….

Número de afiliación: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nº de DNI: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Teléfono: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Correo @ ……………………………………………… Entidade ………………………………………

1.2 FACULTATIVO

Nº de colexiado ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Apelidos i nome: ……

Especialidade: ……

2. DATOS MÉDICOS

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

2.4 Descrición da limitación na capacidade funcional

2.5 Indicar, sei procede:

- ☐ Intervención quirúrxica
- ☐ Tratamento quimio-radioterapia
- ☐ Hospitalización
- ☐ Outro procedimento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Danse circunstancias que recomendan ampliación prazo de expedición do próximo parte a ☐☐ días (máximo 30)

2.7 Sen variacions ☐

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña ao parte de confirmación do 10º ou o 16º mes

Valoración da situación (marcar unha opción):

3.1 ☐ Posible alta por curación ou melloría antes dos 545 días naturais desde o inicio da situación.
3.2 ☐ Posible incapacidade permanente.
3.3 ☐ Necesidade mantemento dos efectos de IT máis aló do período de 545 días.

Xustificación da opción elixida: ………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………de ………………………de 20……

Sinatura do facultativo que expide o parte

De acordo co **artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais) e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais**, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño) Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE. Máis información: http://www.muface.es/protección de datos Delegado de Protección de Datos da Mutualidade

DPS- 11007.2 (04/24) Exemplar para a ADMINISTRACIÓN

IMPORTANTE

- **Finalidade do parte:** O contido deste parte é o asesoramento médico para que o órgano de persoal onde o mutualista presta servizos resolva a concesión da licenza por enfermidade, requisito imprescindible para declarar a situación de incapacidade temporal (art. 88 do Regulamento Xeral do Mutualismo Administrativo).
- **Prazos:** O exemplar para a Administración do parte inicial debe achegalo o mutualista ao seu órgano de persoal durante os catro primeiros días hábiles desde o inicio da situación. O do parte de confirmación, durante os tres días hábiles seguintes á súa expedición. O do parte de alta, ao día hábil seguinte á súa expedición.
- **Partes sucesivos:** É necesario acudir á consulta do médico co parte de baixa ou confirmación inmediatamente anterior.
- **Validez do parte**: A información solicitada é obrigatoria para a validez do parte, que debe ser cumprimentado e asinado polo médico que atende ao mutualista.
- **Definición de recaída:** É o proceso patolóxico que sucede nos 180 días naturais seguintes á finalización dun anterior da mesma ou similar patoloxía. O médico indicará no parte se o novo proceso iniciado é recaída doutro anterior.

2.1 Codificación do parte: requírese a codificación do **diagnóstico** en **CIE 10 É**. O formato admitido móstrase na seguinte táboa.Os campos á dereita do punto poden ir en branco ou cumprimentados desde un a catro caracteres alfanuméricos.

x	x	x	•	x	x	x	x

Os **códigos de procedemento non se admiten** nos partes de IT. Se é o caso, **ampliar o diagnóstico codificado** usando o apartado 2.5. Ademais, os códigos **CIE-10-ES de diagnóstico** que empezan por algunhas das seguintes letras **non son válidos** por tratarse de **diagnósticos secundarios** ou factores externos que precisan dun código de diagnóstico principal: **P**, **U**, **V**, **W**, **X** e **Y** (excepto U07.1 y U09.9).

2.3 Descripción do diagnóstico: só no exemplar destinado ao mutualista.

2.5 Información para completar o diagnóstico: intervención cirúrxica, hospitalización ou outra circunstancia, procedemento ou técnica diagnóstica.

2.6 Periodicidade e duración dos partes: O parte inicial e sucesivos de confirmación expediranse on carácter xeral, por 15 días, salvo que o proceso patolóxico teña unha duración inferior, en que o parte abarcará o tempo que o médico considere en función da duración probable do proceso patolóxico. Excepcionalmente e por motivos de mellor asistencia ao paciente, o parte pode abarcar máis de 15 días, cun máximo de 30 días entre partes.

2.7 Cadro “sen variacións”: utilizarase nos partes de confirmación asinados polo mesmo efacultativo que expediu o inicial ou o inmediato anterior de confirmación, se o diagnóstico é o mesmo. Deste xeito non será necesario encher de novo os datos médicos xa achegados.

3. O **informe adicional de ratificación** acompaña aos partes de confirmación do 10º e 16º mes, e solicitan do médico o seu criterio sobre a evolución do proceso e as posibilidades de recuperación ou de incapacidade permanente. Se é o de **10º mes**, pronunciarase sobre **3.1 ou 3.2.** Se é o de **16º mes**, sobre **3.2** y **3.3.**