



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

PARTE INICIAL  PARTE CONFIRMACIÓN Nº   Marcar se RECAIDA

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
  - Falecemento
  - Esgotamento do prazo máximo
  - 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

Apellidos i nome: .....

Especialidade: .....

**2. DATOS MÉDICOS**

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

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

2.4 Descripción 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 recomentan 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



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

Grid boxes for date input

PARTE INICIAL  PARTE CONFIRMACIÓN Nº

Grid boxes for confirmation number

Marcar se RECAIDA

PARTE ALTA – Data (dd/mm/aaaa)

Grid boxes for high part date

- Causes of leave: Curación/Melloría que permite o traballo habitual, Pase a xubilación por idade ou por IP para o servizo, Posible nova situación de IT

- Other causes: Falecemento, Esgotamento do prazo máximo, 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

Grid boxes for CIE 10 diagnosis

2.2 Duración probable (días)

Grid boxes for duration

2.4 Descrición da limitación na capacidade funcional

2.5 Indicar, si procede:

- Intervención cirúrgica, Hospitalización, Tratamento quimio-radioterapia, 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:

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

Sinatura do facultativo que expide o parte



## PARTE MEDICO PARA AS SITUACIÓNS DE INCAPACIDADE TEMPORAL

### IMPORTANTE

- o **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, RD 375/2010, do 28 de marzo)
- o **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.
- o **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.
- o **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
---	---	---	---	---	---	---	---

**2.2 Os códigos de procedemento** non se admiten nos partes de IT. Se é o caso, **ampliar o diagnóstico codificado** usando o apartado 2.5

**2.3 Descrición 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 dos partes:** deben expedirse quincenalmente, pero se por motivos de mellor asistencia ao paciente é preciso demorar esta frecuencia, poderán expedirse por máis tempo, cun máximo de 30 días entre cada parte.

**2.7 Cadro “sen variacións”:** utilizarase nos partes de confirmación asinados polo mesmo facultativo 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 e 3.3**.