

Provincia	Sede del Consejo Social
Jaén.	Moguer. Alcalá la Real. Andújar. Cazorla. Jódar. Linares. Orcera.
Málaga.	Antequera. Archidona. Cádiz. Ronda. Vélez-Málaga.
Sevilla.	Alcalá de Guadaira. Cáceres. Ecija. Estepa. Lebrija. Lora del Río. Morón de la Frontera. Osuna. La Rinconada. Sanjuán de Aznalfarache. Sanlúcar la Mayor. Utrera.
Cáceres.	Cáceres. Coria. Navalmoral de la Mata. Plasencia. Trujillo.
Badajoz.	Almendralejo. Badajoz. Castuera. Don Benito. Jerez de los Caballeros. Llerena. Mérida. Zafra.
Albacete.	Alcaraz. Casas-Ibáñez. Elche de la Sierra. Hellín. La Roda.
Ciudad Real.	Ciudad Real. Puertollano. Tomelloso.
Cuenca.	Villanueva de los Infantes. Belmonte.
Toledo.	Motilla del Palancar. Talavera de la Reina. Villacañas.
Ávila.	Arenas de San Pedro. Arévalo.
Salamanca.	Peñaranda de Bracamonte.
Valladolid.	Medina del Campo.
Zamora.	Toro.
Alicante.	Orihuela.
Castellón.	Vall de Uxó.
Valencia.	Alzira-Carlet. Gandia. Puerto Sagunto.
Murcia.	Caravaca de la Cruz. Cieza. Lorca. Mula.
Las Palmas (Gran Canaria).	Santa Lucía. Gáldar.
Santa Cruz de Tenerife.	La Orotava. Granadilla de Abona. Los Llanos de Aridane.

13740 *ORDEN de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.*

El Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se modifican determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal, ha venido a establecer una regulación que incide en varias materias de la gestión de la prestación económica indicada, así como en el establecimiento de determinados controles en la comprobación del mantenimiento del derecho a aquélla, en orden a asegurar la efectividad en el percibo de las prestaciones económicas de la Seguridad Social por incapacidad temporal y evitar la utilización indebida de la protección, cuando no el fraude.

La aplicación del Real Decreto mencionado requiere, de una parte, la puesta en práctica de diferentes mecanismos instrumentales, básicamente, de los nuevos modelos de partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta, en los procesos de incapacidad temporal, siguiendo al efecto las previsiones contenidas en el Real Decreto señalado, y, de otra, el desarrollo de determinados preceptos de la norma reglamentaria.

En tal sentido la disposición final primera del Real Decreto 575/1995 faculta a este departamento para dictar las disposiciones de carácter general que resulten precisas para la aplicación y desarrollo de las previsiones contenidas en aquél, a cuya finalidad responde el contenido del proyecto que se comenta.

En su virtud, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los correspondientes órganos del Sistema Nacional de Salud, he dispuesto:

CAPÍTULO I

Normas generales

Artículo 1. *Partes médicos de incapacidad temporal.*

1. De conformidad con lo previsto en el apartado 7 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, se aprueban los modelos de partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta de la incapacidad temporal, que figuran como anexos a la presente Orden.

2. Los partes de baja, confirmación de la baja y alta, serán editados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y puestos a disposición del Instituto Nacional de la Salud y de los correspondientes Servicios Públicos de Salud.

En el ámbito de las contingencias profesionales, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta, serán editados por las propias mutuas ateniéndose a los modelos a que se refiere el apartado 1.

CAPÍTULO II

Expedición de los partes médicos

SECCIÓN PRIMERA. INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

Artículo 2. *Partes médicos de baja de incapacidad temporal.*

1. El parte médico de baja de incapacidad temporal se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, por el facultativo que lo realice, extendiéndose por cuadruplicado ejemplar, utilizando el modelo que figura como anexo I.

El original del parte médico de baja, en el que deberá constar, necesariamente, el diagnóstico, la descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva la situación de incapacidad temporal y la duración probable del proceso patológico, se destinará a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud.

2. Expedido el parte médico de baja, se hará entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

El trabajador deberá presentar a la empresa, dentro del plazo de tres días, contados a partir de la fecha de la expedición del parte, la copia a ella destinada. Por la empresa se cumplimentarán los apartados a ella concernientes, y remitirá aquélla, debidamente sellada y firmada, dentro del plazo de cinco días a partir de su recepción, a la entidad gestora, utilizando cualquier medio que permita dejar constancia del hecho de la comunicación.

Si la empresa hubiese concertado la cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal de los trabajadores a su servicio con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, la copia citada en el párrafo anterior, debidamente cumplimentada, será remitida, dentro del plazo indicado, a la mutua respectiva.

No será obligatoria la remisión por la empresa, con destino a la entidad gestora, de la copia del parte médico de baja, cuando la misma haya asumido el pago de la prestación económica de incapacidad temporal, en régimen de colaboración voluntaria, en los términos establecidos en el párrafo d), apartado 1, del artículo 77 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

3. Expedido el parte médico de baja, por el Servicio Público de Salud correspondiente se remitirá a la entidad gestora o la mutua, según corresponda, la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días, a partir de la expedición del parte. En la copia del parte con destino a la entidad gestora o mutua deberán constar, necesariamente, el diagnóstico, la descripción de la limitación en la capacidad funcional, que motiva la situación de incapacidad temporal, y la duración probable del proceso patológico.

4. Si el facultativo que expide el parte médico de baja no pudiese determinar la entidad gestora o colaboradora con la que la empresa tenga concertada la cobertura de la incapacidad temporal entregará al trabajador, en sobre cerrado, la copia destinada a dichas entidades. El trabajador deberá remitir dicha copia a la entidad gestora o colaboradora correspondiente por alguno de los siguientes procedimientos:

Bien presentando la copia mencionada en la empresa, junto a la copia a que se refiere el apartado 2, para que por aquélla se remita, dentro del plazo de cinco días desde la presentación, a la entidad gestora o colaboradora respectiva.

Bien remitiendo directamente, por el medio que considere más idóneo y que permita dejar constancia de su recepción, la copia señalada a la respectiva entidad gestora o colaboradora, en el plazo de cinco días desde la entrega de la mencionada copia por el facultativo.

La utilización del procedimiento excepcional previsto en este apartado no será aplicable a los partes de confirmación o alta, salvo que el trabajador no pueda de nuevo facilitar los datos relativos a la entidad gestora o colaboradora.

Artículo 3. Partes médicos de confirmación de la baja.

1. Los partes médicos de confirmación de baja se expedirán al cuarto día del inicio de la situación de la

incapacidad temporal y, sucesivamente mientras la misma se mantenga, cada siete días, contados a partir del primer parte de confirmación.

Los partes de confirmación serán expedidos por el correspondiente facultativo del Servicio de Salud, en cuádruplicado ejemplar, utilizando el modelo que figura como anexo II.

El original del parte médico de confirmación de la baja, en el que deberá constar, necesariamente, el diagnóstico y la descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva, en la fecha de expedición del parte, la continuación en la situación de incapacidad temporal, se destinará a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud.

2. Serán de aplicación a los partes médicos de confirmación de la baja lo previsto en el apartado 2 del artículo anterior, respecto a las copias a entregar al trabajador, la presentación por parte de éste en la empresa de la copia a ella destinada, así como la cumplimentación por parte de aquélla de los datos a ella referentes, y su remisión a la entidad gestora o mutua, según corresponda.

Cuando se haya extinguido la relación laboral, corresponderá al trabajador presentar directamente ante la entidad gestora o mutua, según corresponda, la copia correspondiente a la empresa, en el plazo fijado para ésta.

3. Expedido el parte médico de confirmación de la baja, por el Servicio Público de Salud correspondiente se remitirá a la entidad gestora o la mutua, según corresponda, la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días, a partir de la expedición del parte. En la copia con destino a la entidad gestora o mutua deberá constar, necesariamente, el diagnóstico y la descripción de la limitación en la capacidad funcional, que motiva, en la fecha de expedición del parte, la continuación en la situación de incapacidad temporal, y la duración probable del proceso patológico.

4. Cuando corresponda la expedición del tercer parte médico de confirmación de la baja, el facultativo que lo expida cumplimentará los apartados correspondientes al informe complementario, que figuran en el modelo de partes de confirmación de la baja que se acompaña como anexo II, y en el que se recogerán las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, la evolución de las dolencias en el curso de la situación de incapacidad temporal, así como la incidencia de aquéllas sobre la capacidad funcional del interesado. Asimismo, se expresará la duración probable del proceso desde la fecha de expedición del informe.

El informe médico complementario, a que se refiere el párrafo anterior, deberá formalizarse en los sucesivos partes de confirmación, cada cuatro semanas, a partir del anterior.

Artículo 4. Partes médicos de alta.

1. El parte médico de alta en la situación de incapacidad temporal será expedido por el facultativo del Servicio Público de Salud respectivo, tras el reconocimiento médico realizado, extendiéndose por cuádruplicado ejemplar, utilizando para ello el modelo que se acompaña como anexo I.

El original del parte médico de alta, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal, se destinará a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud.

2. Expedido el parte médico de alta, se hará entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

El parte médico de alta será presentado por el trabajador a la empresa dentro de las veinticuatro horas siguientes, y aquélla, una vez cumplimentados los apartados a ella correspondientes, remitirá la copia a la entidad gestora o mutua, según corresponda, en el plazo de cinco días, contados a partir del mismo día de su recepción.

Cuando se haya extinguido la relación laboral, corresponderá al trabajador presentar directamente ante la entidad gestora o mutua, según corresponda, la copia del parte médico de alta, en el plazo fijado para la empresa.

3. Expedido el parte médico de alta, por el Servicio Público de Salud correspondiente se remitirá a la entidad gestora o la mutua, según corresponda, la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días, a partir de la expedición del parte. En dicha copia deberá constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

Artículo 5. Reglas especiales aplicables a los trabajadores por cuenta propia y a los afiliados al Régimen Especial de Empleados de Hogar.

1. En los procesos de incapacidad temporal correspondientes a trabajadores por cuenta propia, así como a afiliados al Régimen Especial de Empleados de Hogar, corresponderá a los interesados remitir a la entidad gestora la copia de los partes médicos de baja, de confirmación de la baja o de alta, utilizando para ello la copia destinada a la empresa.

La remisión de los indicados partes se efectuará, como máximo, en el plazo de cinco días desde que fue expedido el parte.

2. Los trabajadores por cuenta propia que hayan concertado la prestación económica con una mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, deberán remitir la copia señalada en el apartado anterior a la mutua correspondiente.

SECCIÓN SEGUNDA. INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Artículo 6. Partes médicos de baja de incapacidad temporal.

1. El parte médico de baja de incapacidad temporal se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, por el facultativo que lo realice, extendiéndose por cuadruplicado ejemplar, utilizando el modelo que figura como anexo III.

El original del parte médico de baja, en el que deberá constar, necesariamente, el diagnóstico, la descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva la situación de incapacidad temporal y la duración probable del proceso patológico, se destinará a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud.

2. Expedido el parte médico de baja, se hará entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

El trabajador deberá presentar a la empresa, dentro del plazo de tres días, contados a partir de la fecha de la expedición del parte, la copia a ella destinada. Por la empresa se complementarán los apartados a ella concernientes, y remitirá aquélla, debidamente sellada y firmada, dentro del plazo de cinco días a partir de su recepción, a la entidad gestora, utilizando cualquier medio que permita dejar constancia del hecho de la comunicación.

3. Expedido el parte médico de baja, por el Servicio Público de Salud correspondiente se remitirá a la entidad

gestora la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días, a partir de la expedición del parte. En la copia del parte con destino a la entidad gestora deberá constar, necesariamente, el diagnóstico, la descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva la situación de incapacidad temporal y la duración probable del proceso patológico.

Artículo 7. Partes médicos de confirmación de la baja.

1. Los partes médicos de confirmación de la baja se expedirán a los siete días naturales siguientes al inicio de la incapacidad y, sucesivamente, cada siete días, a partir del primer parte de confirmación, extendiéndose por cuadruplicado ejemplar, utilizando el modelo que figura como anexo IV.

El original del parte médico de confirmación de la baja, en el que deberá constar, necesariamente, el diagnóstico y la descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva, en la fecha de expedición del parte, la continuación en la situación de incapacidad temporal y la duración probable del proceso patológico, se destinará a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente de respectivo Servicio Público de Salud.

2. Será de aplicación a los partes médicos de confirmación de la baja lo previsto en el apartado 2 del artículo anterior, respecto a las copias a entregar al trabajador, la presentación por parte de éste en la empresa de la copia a ella destinada, así como la cumplimentación por parte de aquélla de los datos a ella referentes, y su remisión a la entidad gestora.

Cuando se haya extinguido la relación laboral, corresponderá al trabajador presentar directamente ante la entidad gestora la copia correspondiente a la empresa, en el plazo fijado para ésta.

3. Expedido el parte médico de confirmación de la baja, por el Servicio Público de Salud correspondiente se remitirá a la entidad gestora, la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días, a partir de la expedición del parte. En todo caso, en la copia del parte con destino a la entidad gestora deberá constar, necesariamente, el diagnóstico y la descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva, en la fecha de expedición del parte, la continuación en la situación de incapacidad temporal.

4. Cuando corresponda la expedición del tercer parte médico de confirmación de la baja, el facultativo que lo expida cumplimentará los apartados correspondientes al informe complementario, que figuran en el modelo de parte de confirmación que se acompaña como anexo IV, y en el que se recogerán las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento prescrito, la evolución de las dolencias en el curso de la situación de incapacidad temporal, así como la incidencia de aquéllas sobre la capacidad funcional del interesado. Asimismo, se expresará la duración probable del proceso desde la fecha de expedición del informe.

El informe médico complementario, a que se refiere el párrafo anterior, deberá formalizarse en los sucesivos partes de confirmación de la baja, cada cuatro semanas, a partir del anterior.

Artículo 8. Partes médicos de alta.

1. El parte médico de alta en la situación de incapacidad temporal será expedido por el facultativo del Servicio Público de Salud respectivo, tras el reconocimiento médico realizado, extendiéndose por cuadruplicado ejemplar, utilizando para ello el modelo que se acompaña como anexo III.

El original del parte médico de alta, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y causa que motiva

el alta en la situación de incapacidad temporal, se destinará a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del respectivo Servicio Público de Salud.

2. Expedido el parte médico de alta, se hará entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

El parte médico de alta será presentado por el trabajador a la empresa, en el plazo de las veinticuatro horas siguientes, y aquélla, una vez cumplimentados los apartados a ella correspondientes, remitirá la copia a la entidad gestora, en el plazo de cinco días, contados a partir de la fecha de su recepción.

Cuando se haya extinguido la relación laboral, corresponderá al trabajador presentar directamente ante la entidad gestora, la copia del parte médico de alta, en el plazo fijado para la empresa.

3. Expedido el parte médico de alta, por el Servicio Público de Salud correspondiente se remitirá a la entidad gestora la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días, a partir de la expedición del parte. En dicha copia del parte con destino a la entidad gestora deberá constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

Artículo 9. Reglas especiales en los procesos de incapacidad temporal de los trabajadores por cuenta propia.

En los procesos de incapacidad temporal correspondientes a trabajadores por cuenta propia incluidos en los Regímenes Especiales Agrario y de Trabajadores del Mar, corresponderá a los interesados remitir a la entidad gestora la copia de los partes médicos de baja, de confirmación de la baja o de alta, utilizando para ello la copia destinada a la empresa.

La remisión de los indicados partes se efectuará, como máximo, en el plazo de cinco días desde que fue expedido el parte.

Artículo 10. Expedición de partes médicos de baja o alta por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

1. De conformidad con lo previsto en el apartado 6 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, cuando la causa de la baja médica derive de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, y afecte a trabajadores de empresas que hayan concertado la protección de tales contingencias con una mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, o a trabajadores por cuenta propia que, a su vez, hayan concertado con una Mutua la cobertura de la incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales, los partes médicos de baja, de confirmación de la baja o de alta, y, en su caso, los informes médicos complementarios, serán formalizados directamente por los servicios médicos de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, sin que en estos casos sea preciso remitir las copias de los partes médicos a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del correspondiente Servicio Público de Salud, ni a la entidad gestora.

2. Los trabajadores deberán facilitar a la mutua los datos necesarios para proceder a la correcta cumplimentación de los mencionados partes médicos.

CAPÍTULO III

Control de la situación de incapacidad temporal

Artículo 11. Control por parte de los servicios de inspección del Servicio de Salud.

1. Trimestralmente, desde el inicio de la situación de incapacidad temporal, la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud expedirá un informe médico de control de la incapacidad en el que deberán constar todos los extremos que, a juicio médico, justifiquen la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal.

2. Los citados informes médicos de control deberán ser remitidos, en el plazo de los diez días siguientes a su expedición, por el Servicio de Salud a la entidad gestora o mutua, según corresponda.

3. En los casos a que se refiere el artículo 10, el informe médico de control será efectuado directamente por los servicios médicos de la mutua.

Artículo 12. Prórroga de la incapacidad temporal.

1. En los casos de incapacidad temporal, para que una vez, alcanzados los doce meses, pueda prorrogarse el percibo de la correspondiente prestación económica, será necesario que en el respectivo parte de confirmación de la baja se cumplimente el correspondiente informe médico, en el que se describan los siguientes aspectos:

- a) Las dolencias padecidas por el interesado.
- b) Las limitaciones de la capacidad funcional de aquél.
- c) La presunción médica de que el interesado, dentro del plazo de los seis meses siguientes, puede ser dado de alta por curación.

2. El informe médico a que se refiere el apartado anterior, será cumplimentado por el correspondiente facultativo en el parte de confirmación de la baja inmediatamente anterior a aquél en que se cumplan los doce meses de permanencia del interesado en la situación de incapacidad temporal.

3. En los casos a que se refiere el artículo 10, el informe médico a que se refiere el apartado 1 será efectuado directamente por los servicios médicos de la mutua.

Artículo 13. Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.

1. La entidad gestora o la mutua, en este último caso, respecto a los procesos derivados de contingencias comunes, podrán disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal, sean reconocidos por los servicios médicos adscritos a las mismas.

Lo previsto en el párrafo anterior se entiende sin perjuicio de las facultades que correspondan a la mutua en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, y que afecten a trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, que hayan formalizado con aquélla la cobertura de la incapacidad temporal, derivada de las contingencias aludidas.

2. Los reconocimientos médicos y demás actos de comprobación de la incapacidad deberán basarse tanto en los datos que fundamentan los partes de baja o de confirmación de la baja o en los informes médicos complementarios, previstos en los artículos anteriores, así como en los ulteriores reconocimientos y dictámenes médicos realizados.

A tal fin, cuando el trabajador sea llamado a reconocimiento médico por los servicios médicos de la entidad gestora o colaboradora, aportará el historial clínico de que dispusiese o el que le sea suministrado por el correspondiente Servicio de Salud. En todo caso, los servicios médicos de la entidad gestora o colaboradora podrán acceder a la documentación clínica necesaria para la finalidad de control de los procesos de incapacidad temporal.

3. De conformidad con las previsiones contenidas en los artículos 3 y 6 del Real Decreto 575/1997, los reconocimientos médicos se llevarán a cabo respetando, en todo caso, el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores, así como garantizando la confidencialidad de las informaciones referentes a su estado sanitario, siendo de aplicación lo previsto en los apartados 3 y 4 del artículo 3 del Real Decreto mencionado.

4. La negativa infundada a someterse a los reconocimientos médicos dará lugar a la expedición de la propuesta de alta médica, en los términos señalados en el artículo siguiente.

Artículo 14. Declaración de alta médica a propuesta de los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua.

1. La entidad gestora o la mutua, en este último caso, respecto a las situaciones de incapacidad temporal derivadas de contingencias comunes, cuando, a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios y, singularmente, de los reconocimientos médicos practicados a tal fin, consideren que el trabajador pudiera no estar impedido para el trabajo, podrán formular, a través de los servicios médicos adscritos a una u otra, propuestas motivadas de alta médica.

2. Las propuestas de alta médica se harán llegar, a través de las Unidades de Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del correspondiente Servicio Público de Salud, a los facultativos que expidieron los partes de baja o de confirmación de la baja, los cuales deberán pronunciarse en el plazo de diez días, contados a partir de la fecha en que la propuesta se haya puesto a disposición de la mencionada Unidad de Inspección, bien confirmando la baja médica, bien admitiendo la propuesta de alta, a través de la expedición del correspondiente parte médico de alta.

En el caso de que se confirme la baja, deberán señalarse las atenciones o controles médicos que se consideren necesarios, comunicándolo a la entidad gestora o mutua.

3. La Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del respectivo Servicio Público de Salud, cuando los facultativos señalados no se pronunciaran, expresamente y en el plazo señalado en el apartado anterior, sobre las propuestas de alta, o cuando discrepase del pronunciamiento realizado, podrá, dentro del plazo de los quince días, contados a partir del siguiente a aquel en que se pusiera a su disposición la propuesta de alta, acordar el alta, comunicando la actuación realizada a la entidad gestora o a la mutua que hubiese formulado la propuesta.

Lo previsto en el párrafo anterior, se entiende sin perjuicio de las facultades de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud para acordar el alta médica, haya mediado o no propuesta de alta por los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua.

Disposición adicional primera. Informes médicos complementarios e informes de control.

1. Los informes médicos complementarios, que deben acompañar al tercer parte de confirmación de

la baja, así como a los sucesivos partes de confirmación, cada cuatro semanas, a partir del anterior, a que se refieren los artículos 3, apartado 4, y 7, apartado 4, serán de aplicación a los procesos de incapacidad temporal que estén en curso en la fecha de entrada en vigor de la presente Orden.

A tal efecto, el primer informe complementario se efectuará con el tercer parte de confirmación que corresponda, a partir de la entrada en vigor de la presente Orden.

2. De igual modo, el informe de control a efectuar por la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del respectivo Servicio Público de Salud, a que se refiere el artículo 11, se aplicará a los procesos de incapacidad temporal que estén en curso en la fecha de entrada en vigor de la presente Orden.

A tal efecto y si el proceso de incapacidad temporal ya hubiese rebasado los tres meses, el primer informe de control se efectuará al cumplirse la siguiente mensualidad, a contar desde la fecha del inicio de la situación de incapacidad temporal. Expedido el primer informe de control, los sucesivos se efectuarán a partir de que se cumplan tres meses desde la fecha de expedición del primero.

3. Respecto a los procesos de incapacidad temporal en curso a la fecha de entrada en vigor de la presente Orden, que no hayan superado los doce meses, será imprescindible, para que pueda prorrogarse la percepción del subsidio de incapacidad temporal, la expedición del informe a que se refiere el artículo 12.

Disposición adicional segunda. Agotamiento de la incapacidad temporal por transcurso del período máximo y prórroga de los efectos de la misma.

1. Cuando se extinga la situación de la incapacidad temporal, por el transcurso de los dieciocho meses, la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del correspondiente Servicio de Salud formulará el correspondiente alta por curación o el alta por agotamiento del período máximo de incapacidad temporal.

En caso de que se formule alta por agotamiento, este extremo deberá justificarse en virtud de las secuelas o reducciones anatómicas o funcionales graves del trabajador, de las cuales se deduzca razonablemente la posible situación constitutiva de una incapacidad permanente, o por la necesidad de que el trabajador continúe con el tratamiento médico prescrito.

2. La prórroga de los efectos de la incapacidad temporal, en los supuestos a que se refiere el artículo 131.bis, apartado dos, segundo párrafo, de la Ley General de la Seguridad Social, requerirá necesariamente el oportuno dictamen de los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el que expresamente se señale la conveniencia de no proceder a la inmediata calificación de la invalidez permanente, atendida la situación clínica del interesado y la necesidad de continuar con el tratamiento médico prescrito.

Disposición transitoria única. Utilización de los nuevos modelos de partes de baja, confirmación de la baja y alta de la incapacidad temporal.

1. En tanto no se pongan a disposición efectiva de los Servicios Públicos de Salud los nuevos modelos de partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta, aprobados por la presente Orden, podrán seguir utilizándose provisionalmente los vigentes con anterioridad, debiéndose remitir la copia destinada al Instituto Nacional de la Seguridad Social a la Mutua de Accidentes

de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que corresponda, cuando ésta sea la entidad responsable del pago de la prestación.

Igualmente, en tanto no se hayan editado por las mutuas, en el ámbito de sus competencias, los partes señalados en el párrafo anterior, conforme a los modelos citados, aquéllas podrán seguir utilizando provisionalmente los modelos en vigor.

2. A los efectos señalados en la disposición adicional primera, en tanto no estén a disposición de los correspondientes Servicios Públicos de Salud, o no estén editados por las mutuas, los correspondientes partes médicos de confirmación de la baja, adaptados a los modelos que figuran, respectivamente, en los anexos II y III a la presente Orden, los informes médicos complementarios, a que se refieren los artículos 3, apartado 4, y 7, apartado 4, así como los informes médicos a efectos de la prórroga de la incapacidad temporal, a que se refiere el artículo 12, se extenderán con arreglo a los modelos que tengan establecidos o puedan establecer los Servicios Públicos de Salud o las mutuas.

Disposición derogatoria única. *Normas que se derogan.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a la presente Orden y, en especial:

El artículo 17 y los apartados 3, 4 y 5 del artículo 20 de la Orden de 13 de octubre de 1967, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones por incapacidad laboral transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social.

Los artículos 4, 5 y 8 de la Orden de 6 de abril de 1983, por la que se dictan normas a efectos del control de la situación de incapacidad laboral transitoria en el sistema de la Seguridad Social.

Disposición final primera. *Facultades de aplicación y desarrollo.*

Por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, previo informe de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria y de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas con competencia sanitaria plena, se dictarán las disposiciones de carácter general que sean necesarias para la aplicación y desarrollo de lo previsto en la presente Orden.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado». Madrid, 19 de junio de 1997.

ARENAS BOCANEGRA

Excmo. Sr. Secretario de Estado de la Seguridad Social.

ANEXOS

Anexo I: Partes médicos de baja/alta de incapacidad temporal, derivada de contingencias comunes.

Anexo II: Partes médicos de confirmación de la baja, derivada de contingencias comunes.

Anexo III: Partes médicos de baja/alta de incapacidad temporal, derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Anexo IV: Partes médicos de confirmación de la baja, derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

**PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS COMUNES**

SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN	SITUACIÓN
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>
AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>	
AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/>	
MAR <input type="checkbox"/>	
E. HOGAR <input type="checkbox"/>	
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA _____

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
"Entidad pago IT/CC" INSS <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>	Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja)/RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

DIAGNÓSTICO	Código CIE-9 MC	¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS	
		MESES	
		Duración estándar	DE A días

PARTE DE BAJA Fecha de la BAJA

PARTE DE ALTA Fecha del ALTA (*)

RECAÍDA SI ENFERMEDAD COMÚN

NO ACCIDENTE NO LABORAL

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Curación

Fallecimiento

Inspección Médica ...

Propuesta de Invalidez

Agotamiento plazo ...

Mejoría que permite
realizar trabajo habitual

Incomparecencia

P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para el **SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN

SITUACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR

- GENERAL ACTIVO
- AUTÓNOMOS DESEMPLEADO
- AGR. C/PROPIA
- AGR. C/AJENA
- MAR
- E. HOGAR
- M. CARBÓN

NUM. TARJETA SANITARIA _____

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
"Entidad pago IT/CC" INSS <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>	Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja)/RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

DIAGNÓSTICO	Código CIE-9 MC	¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS
		MESES
		Duración estándar DE A días

PARTE DE BAJA Fecha de la BAJA

PARTE DE ALTA Fecha del ALTA (*)

RECAÍDA SI ENFERMEDAD COMÚN

 NO ACCIDENTE NO LABORAL

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

CAUSA DEL ALTA

- Curación
- Fallecimiento
- Inspección Médica
- Propuesta de Invalidez
- Agotamiento plazo
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Incomparecencia

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN

GENERAL.....
 AUTÓNOMOS
 AGR. C/PROPIA.....
 AGR. C/AJENA.....
 MAR
 E. HOGAR
 M. CARBÓN

SITUACIÓN

ACTIVO
 DESEMPLEADO

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					
"Entidad pago IT/CC" INSS <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>	Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						Puesto de trabajo

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA/DÍAS		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MESES	<input type="text"/>

PARTE DE BAJA Fecha de la BAJA

--	--	--	--	--

PARTE DE ALTA Fecha del ALTA (*)

--	--	--	--	--

RECAÍDA SI ENFERMEDAD COMÚN
 NO ACCIDENTE NO LABORAL

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--

CAUSA DEL ALTA

Curación
 Fallecimiento
 Inspección Médica
 Propuesta de Invalidez
 Agotamiento plazo
 Mejoría que permite
 realizar trabajo habitual
 Incomparecencia

P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para el TRABAJADOR

SEGURIDAD SOCIAL

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

REGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR
GENERAL..... <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NUM. TARJETA SANITARIA _____
AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____
AGR. C/PROPIA..... <input type="checkbox"/>		NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____
AGR. C/AJENA..... <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS _____
MAR <input type="checkbox"/>		
E. HOGAR <input type="checkbox"/>		
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
"Entidad pago IT/CC"	Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
INSS <input type="checkbox"/>				
MUTUA <input type="checkbox"/>	ISM <input type="checkbox"/>			

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?	DÍAS
	MESES

PARTE DE BAJA..... <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA.....	
PARTE DE ALTA..... <input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*).....	
RECAÍDA	SI <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS	CAUSA DEL ALTA
	Curación <input type="checkbox"/>
	Fallecimiento <input type="checkbox"/>
	Inspección Médica ... <input type="checkbox"/>
	Propuesta de Invalidez <input type="checkbox"/>
	Agotamiento plazo ... <input type="checkbox"/>
	Mejoría que permite
	realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/>
	Incomparecencia <input type="checkbox"/>
Firma, Fecha y Sello	
Número de colegiado	

P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimento también la fecha de la baja
Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA)

ANVERSO

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR EN EL PARTE DE BAJA

Tengo acreditados 180 días de cotización por INCAPACIDAD TEMPORAL en los últimos 5 años para enfermedad.

Firma del trabajador,

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

Nº Inscripción Empresa en la S.S. ____ / ____ / ____

Nº teléfono Nº fax

Régimen _____

(General, Carbón, etc.)

Clave

Grupo de cotización del trabajador

Clase de contrato

En contrato a tiempo parcial (1)

En trabajadores fijos discontinuos (2)

Base de cotización mes anterior al de la fecha de la baja (3)

Días cotizados (4)

BASE REGULADORA DIARIA

A CUMPLIMENTAR SOLO EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DEL CARBÓN

Categoría profesional

Grupo

FECHA Y FIRMA,

NOTAS ACLARATORIAS

- (1) Suma de las bases de cotización de los 12 meses anteriores a la fecha de la baja, dividida entre el nº de días a que corresponden.
- (2) Tipo de jornada en relación con la normal y días trabajados.
- (3) Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes en el que se inicia la situación de IT, la base de cotización a consignar será la correspondiente al nº de días trabajados en dicho mes.
- (4) Si percibe retribución mensual se hará constar 30 días, si no, los días a que corresponde la cotización.

REVERSO

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

"Entidad pago IT/CC"

MUTUA

INSS

ISM

Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

Código CIE-9 MC					

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (DÍA 18 DE LA BAJA) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA

DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA

Meses	Días

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (A CUMPLIMENTAR EN EL PARTE 51)

DOLENCIAS PADECIDAS

¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI NO

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

"Entidad pago IT/CC"

MUTUA

INSS

ISM

Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

Código CIE-9 MC

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--

--	--

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (DÍA 18 DE LA BAJA) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA

DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA

Meses

Días

--	--

--	--

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (A CUMPLIMENTAR EN EL PARTE 51)

DOLENCIAS PADECIDAS

¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES?

SI

NO

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--	--

P. 9/1

Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

"Entidad pago IT/CC"

MUTUA

INSS

ISM

Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO ...

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--	--

P. 9/1

Ejemplar para el TRABAJADOR

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa
.....
"Entidad pago IT/CC"
MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>
Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--	--

P. 9/1

Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA)

**PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN

- GENERAL.....
- AGR. C/PROPIA.....
- AGR. C/AJENA.....
- MAR.....
- M. CARBÓN.....

SITUACIÓN

- ACTIVO.....
- DESEMPLEADO.....

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA _____
 NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____
 NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____
 NOMBRE Y APELLIDOS _____

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
			_ _ _ _ _ _ _	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
				_ _ _ _ _ _ _
"Entidad pago IT/CP"		Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>			_ _ _ _ _ _ _	

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja)/RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

.....	¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> Duración estándar DE <input type="text"/> A <input type="text"/> días
DIAGNÓSTICO	Código CIE-9 MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTE DE BAJA..... <input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP.....	_ _ _ _ _ _ _
PARTE DE ALTA..... <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA.....	_ _ _ _ _ _ _
	Fecha del ALTA (*),...	_ _ _ _ _ _ _
RECAÍDA	Si..... <input type="checkbox"/>	
	NO..... <input type="checkbox"/>	
	Accidente de Trabajo..... <input type="checkbox"/>	
	Enfermedad Profesional..... <input type="checkbox"/>	
	Periodos de Observación por E. P..... <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello
 Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

- Curación.....
- Fallecimiento.....
- Inspección Médica...
- Propuesta de Invalidez
- Agotamiento plazo ..
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Incomparecencia.....

P. 9/11

(*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

Ejemplar para el **SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN

GENERAL
 AGR. C/PROPIA
 AGR. C/AJENA
 MAR
 M. CARBÓN

SITUACIÓN

ACTIVO
 DESEMPLEADO

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA _____
 NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____
 NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____
 NOMBRE Y APELLIDOS _____

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
"Entidad pago IT/CP"	INSS <input type="checkbox"/>	ISM <input type="checkbox"/>	Actividad Empresa	Código CNAE
				Puesto de trabajo

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja)/RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

DIAGNÓSTICO	Código CIE-9 MC	¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS
		MESES
	Duración estándar	DE A días

PARTE DE BAJA

PARTE DE ALTA

RECAÍDA

SI
 NO

Fecha del AT o EP
 Fecha de la BAJA
 Fecha del ALTA (*)
 Accidente de Trabajo
 Enfermedad Profesional
 Períodos de Observación por E. P.

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Curación
 Fallecimiento
 Inspección Médica ...
 Propuesta de Invalidez
 Agotamiento plazo ..
 Mejoría que permite
 realizar trabajo habitual
 Incomparecencia

P. 9/11

(*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN

- GENERAL.....
- AGR. C/PROPIA.....
- AGR. C/AJENA.....
- MAR.....
- M. CARBÓN.....

SITUACIÓN

- ACTIVO.....
- DESEMPLEADO.....

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA _____

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
			_ _ _ _ _ _ _	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
				_ _ _ _ _ _ _
"Entidad pago IT/CP"		Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>			_ _ _ _ _ _ _	

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS	_ _ _
MESES	_ _

- PARTE DE BAJA.....
- PARTE DE ALTA.....
- RECAÍDA SI.....
- NO.....

Fecha del AT o EP..... |_|_|_|_|_|_|_|

Fecha de la BAJA..... |_|_|_|_|_|_|_|

Fecha del ALTA (*)... |_|_|_|_|_|_|_|

Accidente de Trabajo.....

Enfermedad Profesional.....

Periodos de Observación por E. P.

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado |_|_|_|_|_|_|_|

CAUSA DEL ALTA

- Curación.....
- Fallecimiento.....
- Inspección Médica...
- Propuesta de Invalidez
- Agotamiento plazo ..
- Mejoría que permite
- realizar trabajo habitual
- Incomparecencia.....

P. 9/11

(*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para el TRABAJADOR

**PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN

- GENERAL.....
 AGR. C/PROPIA.....
 AGR. C/AJENA.....
 MAR.....
 M. CARBÓN.....

SITUACIÓN

- ACTIVO.....
 DESEMPLEADO.....

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA.....
 NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL.....
 NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD.....
 NOMBRE Y APELLIDOS.....

Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
"Entidad pago IT/CP"	INSS <input type="checkbox"/>	ISM <input type="checkbox"/>	Actividad Empresa	Código CNAE
				Puesto de trabajo

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MESES	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTE DE BAJA..... Fecha del AT o EP.....

PARTE DE ALTA..... Fecha de la BAJA.....

RECAÍDA SI..... Fecha del ALTA (*)...

NO.....

Accidente de Trabajo.....

Enfermedad Profesional.....

Períodos de Observación por E. P.....

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

- Curación.....
 Fallecimiento.....
 Inspección Médica...
 Propuesta de Invalidez
 Agotamiento plazo ..
 Mejoría que permite
 realizar trabajo habitual
 Incomparecencia.....

P. 9/11

(*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM)

ANVERSO

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

Nº Inscripción Empresa en la S.S. _____ / _____ / _____

Nº teléfono Nº fax

Régimen _____

Clave	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grupo de cotización del trabajador (General, Carbón, etc.)

Clase de contrato

BASE REGULADORA

a) Base de cotización del mes anterior al de la fecha de la baja

Días cotizados (1)

Base reguladora (A). Promedio diario (2)

b) Cotización año anterior por horas extraordinarias y otros (3)

Base reguladora (B). Promedio diario (4)

En contrato a tiempo parcial (5)

En trabajadores fijos discontinuos (6)

TOTAL BASE REGULADORA DIARIA (7)

A CUMPLIMENTAR SOLO EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DEL CARBÓN

Categoría profesional _____

Grupo _____

FECHA Y FIRMA,

NOTAS ACLARATORIAS

- (1) Si percibe retribución mensual se hará constar 30 días, si no, los días a que corresponda la cotización.
- (2) Se obtiene dividiendo la base de cotización por los días cotizados.
- (3) Incluye conceptos no prorrateados en las bases mensuales de cotización.
- (4) Se obtiene dividiendo la base reguladora (B) por 365 días.
- (5) Suma de las bases de cotización de los 12 meses anteriores a la fecha de la baja, dividida entre el nº de días a que corresponden.
- (6) Tipo de jornada en relación con la normal y días trabajados.
- (7) Se obtiene sumando las bases reguladoras A y B.

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

"Entidad pago IT/CP" INSS ISM

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE BAJA	Código CIE-9 MC			
DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN				
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA				

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (DÍA 21 DE LA BAJA) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA

Meses	Días

INFORME A EFECTOS DE PRORROGA A LOS 12 MESES (A CUMPLIMENTAR EN EL PARTE 50)

DOLENCIAS PADECIDAS

¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI NO

Fecha

:	:	:
---	---	---

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--	--

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

"Entidad pago IT/CP"

INSS

ISM

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

Código CIE-9 MC

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3er PARTE (DÍA 21 DE LA BAJA) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA

DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA

Meses

Días

--	--	--	--	--	--	--	--

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (A CUMPLIMENTAR EN EL PARTE 50)

DOLENCIAS PADECIDAS

¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES?

SI

NO

Fecha

--	--	--	--

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO ..

--	--	--	--	--	--

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--	--

P. 9/5

Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

"Entidad pago IT/CP"

INSS

ISM

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--	--

P. 9/5

Ejemplar para el TRABAJADOR

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

"Entidad pago IT/CP" INSS ISM

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha

:	:	:
---	---	---

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO ..

--

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

--	--	--	--	--

P. 9/5

Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM)