



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

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.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
«BOE» núm. 150, de 24 de junio de 1997
Referencia: BOE-A-1997-13740

TEXTO CONSOLIDADO

Última modificación: 20 de junio de 2015

Norma derogada, con efectos de 1 de diciembre de 2015, por la disposición derogatoria única de la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio. [Ref. BOE-A-2015-6839](#).

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 cuádruplicado 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 del trabajador, extendiéndose por cuadruplicado ejemplar, utilizando para ello el modelo que se acompaña como anexo I.

Asimismo, el parte médico de alta podrá también ser extendido por el facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Para ello, dicho facultativo, tras el reconocimiento del trabajador, deberá comunicar, a través del órgano correspondiente de la Dirección Provincial de la citada entidad gestora, y utilizando el modelo de comunicación que se acompaña como anexo V, a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del correspondiente Servicio Público de Salud, la intención de formalizar el alta médica, remitiéndoles inmediatamente copia del correspondiente parte, extendido en los términos y con los efectos contenidos en los apartados 3 y 4 del presente artículo, a fin de que los órganos mencionados puedan, en el plazo de tres días hábiles siguientes al de la comunicación de la intención señalada, manifestar expresamente su disconformidad motivada. De no recibirse en el plazo mencionado la disconformidad señalada, el parte médico de alta expedido surtirá efectos en los términos recogidos en los apartados citados.

El parte médico de alta expedido por el facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social se extenderá, por cuadruplicado ejemplar, utilizando, a tal efecto, el modelo que se acompaña como anexo V. En los casos en que el parte médico de alta se haya expedido a iniciativa de una mutua, el mismo se extenderá, utilizando el modelo que se acompaña en el anexo citado, por quintuplicado ejemplar.

2. Cuando el parte médico de alta se expida por el facultativo del Servicio Público de Salud, se seguirá el siguiente procedimiento:

Primero.—El original del parte médico de alta, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y la 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.

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

La copia del parte médico con destino a la empresa será presentada ante ella por el trabajador, 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, será el propio trabajador el obligado a presentar directamente ante la entidad gestora o mutua, según corresponda, la copia del parte médico de alta, en el mismo plazo fijado para la empresa.

Tercero.—A su vez, expedido el parte médico de alta por el Servicio Público de Salud respectivo, se remitirá a la entidad gestora o mutua, según corresponda, la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días contados a partir de la expedición del parte. En dicha copia se hará constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

3. A los efectos previstos en el párrafo segundo del apartado 1, la expedición de los partes médicos de alta se ajustará a lo siguiente:

Primero.—Una vez reconocido el trabajador y cuando, a juicio del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta, condicionado a la decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, en los términos señalados en el apartado 1, reflejándose en dicho parte, y como fecha de efectos del alta, el día quinto hábil siguiente al de dicha extensión.

Segundo.—Expedido el parte médico de alta, en los términos señalados en el párrafo anterior, en el mismo acto se hará entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

Si el trabajador, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la expedición del parte médico de alta, no ha recibido, por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social, comunicación sobre la existencia de disconformidad expresa del correspondiente Servicio Público de Salud respecto al alta expedida, deberá presentar ante la empresa, y dentro de las veinticuatro horas siguientes a la fecha de efectos del alta médica, la copia a aquella destinada.

Tercero.—Una vez transcurrido el plazo de los tres días hábiles siguientes al de comunicación de la intención de expedir el alta ante la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, sin que por dichos órganos se haya manifestado disconformidad expresa respecto al alta citada, se remitirá al correspondiente Servicio Público de Salud el ejemplar del parte médico de alta a él destinado, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

4. En los casos en que el parte médico de alta, a expedir por el facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, venga precedido de la iniciativa de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en los términos previstos en el artículo 15, se actuará del siguiente modo:

Primero.—Una vez reconocido el trabajador y cuando, a juicio del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta, condicionado a la decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, en los términos señalados en el apartado 1, reflejándose en dicho parte, y como fecha de efectos del alta, el día quinto hábil siguiente al de dicha extensión.

Segundo.—Expedido el parte médico de alta, en los términos señalados en el párrafo anterior, se hará entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

Si el trabajador, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la expedición del parte médico de alta, no ha recibido, por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social, comunicación sobre disconformidad expresa del correspondiente Servicio Público de Salud respecto al alta expedida, deberá presentar ante la empresa, y dentro de las veinticuatro horas siguientes a la fecha de efectos del alta médica, la copia a aquella destinada.

Tercero.—De igual modo, y una vez transcurrido el plazo en el que la Inspección Médica puede manifestar su disconformidad, se hará llegar, en el plazo de los cinco días siguientes, ejemplar de dicho parte a la Mutua que formuló la iniciativa, junto con el ejemplar del parte con destino al Servicio Público de Salud, para que por dicha entidad colaboradora lo haga llegar al señalado Servicio Público. En ambos ejemplares deberán constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

De haberse producido la disconformidad expresa por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u Órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, se dará traslado de la misma a la Mutua que planteó la iniciativa de expedición de alta médica.

5. El alta expedida por el facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a los exclusivos efectos económicos, determinará la extinción de la prestación económica por incapacidad temporal, desde el día de efectos del alta médica, y el consiguiente derecho del trabajador de incorporarse a la empresa, sin perjuicio de que el Servicio Público de Salud continúe prestando al trabajador la asistencia sanitaria que, sin requerir una nueva baja médica, aconseje su estado.

Cuando el alta médica expedida por el facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social haya sido precedida de la correspondiente iniciativa de la Mutua, por corresponder a un proceso de incapacidad temporal gestionado por la entidad colaboradora señalada, la extinción de la prestación económica de incapacidad temporal se llevará a cabo, en base al alta expedida y con efectividad desde el día de efectos de dicha alta médica, por acto adoptado por la correspondiente mutua, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 del Reglamento de colaboración de las Mutuas en la gestión de la Seguridad Social.

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.

3. En los casos en que el parte médico de alta vaya a ser expedido por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se actuará del siguiente modo:

Primero.—Una vez reconocido el trabajador y cuando, a juicio del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta, condicionado a la decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, en los términos señalados en el apartado 1 del artículo 4.º, reflejándose en dicho parte, y como fecha de efectos del alta, el día quinto hábil siguiente al de dicha extensión.

La prestación económica de incapacidad temporal quedará extinguida desde el día de efectos del alta médica extendida, salvo en los supuestos en que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud manifieste disconformidad expresa, en el plazo señalado en el párrafo segundo, apartado 1, del artículo 4.º De darse este supuesto, se notificará inmediatamente al interesado tal circunstancia.

Segundo.—Una vez transcurrido el plazo de los tres días hábiles siguientes al de comunicación de la intención de expedir el alta ante la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, sin que por dichos órganos se haya manifestado disconformidad expresa respecto al alta citada, se remitirá al correspondiente Servicio Público de Salud el ejemplar del parte médico de alta a él destinado, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

4. En los casos en que el parte médico de alta, a expedir por el facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, venga precedido de la iniciativa de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en los términos previstos en el artículo 15, se actuará del siguiente modo:

Primero.—Una vez reconocido el trabajador y cuando, a juicio del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta, condicionado a la decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, en los términos señalados en el apartado 1 del artículo 4.º, reflejándose en dicho parte, y como fecha de efectos del alta, el día quinto hábil siguiente al de dicha extensión.

Segundo.—Una vez transcurrido el plazo en el que la Inspección Médica puede manifestar su disconformidad, se hará llegar a la Mutua proponente, y en plazo de los cinco días siguientes, el ejemplar del parte médico de alta a ella destinado, junto con el ejemplar de aquél con destino al Servicio Público de Salud, para que la entidad colaboradora lo remita al mencionado Servicio Público. En dichos ejemplares deberán constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

De haberse producido la disconformidad expresa por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u Órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, se dará traslado de la misma a la Mutua que planteó la iniciativa de expedición de alta médica.

Tercero.—La extinción de la prestación económica de incapacidad temporal se llevará a cabo, en base al alta expedida y con efectividad del día de efectos de dicha alta médica, por acto adoptado por la correspondiente mutua, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 del Reglamento de colaboración de las Mutuas en la gestión de la Seguridad Social.

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 cumplimentarán los apartados a ella concernientes, y remitirá aquella, 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 aquella 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 del trabajador realizado, extendiéndose por cuadruplicado ejemplar, utilizando para ello el modelo que se acompaña como anexo III.

Asimismo, el parte médico de alta podrá también ser extendido por el facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Para ello, dicho facultativo, tras el reconocimiento del trabajador, deberá comunicar, a través del órgano correspondiente de la Dirección Provincial de la citada entidad gestora y utilizando el modelo de comunicación que se acompaña en el anexo VI, a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del correspondiente Servicio Público de Salud, la intención de formalizar el alta médica, remitiéndoles inmediatamente copia del correspondiente parte, extendido en los términos y con los efectos contenidos en el apartado 3 del presente artículo, a fin de que los órganos mencionados puedan, en el plazo de tres días hábiles siguientes al de la comunicación de la intención señalada, manifestar expresamente su disconformidad motivada. De no recibirse en el plazo mencionado la disconformidad señalada, el parte médico de alta expedido surtirá efectos en los términos recogidos en el apartado citado.

El parte médico de alta expedido por el facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social se extenderá, por cuadruplicado ejemplar, utilizando, a tal efecto, el modelo que se acompaña como anexo VI.

2. Cuando el parte médico de alta se expida por el facultativo del Servicio Público de Salud, se seguirá el siguiente procedimiento:

Primero.—El original del parte médico de alta, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y la 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.

Segundo.—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. La copia del parte médico con destino a la empresa será presentada ante ella por el trabajador, dentro 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 del mismo día de su recepción.

Cuando se haya extinguido la relación laboral, será el propio trabajador el obligado a presentar directamente ante la entidad gestora la copia del parte médico de alta, en el mismo plazo fijado para la empresa.

Tercero.—A su vez, expedido el parte médico de alta por el Servicio Público de Salud respectivo, se remitirá a la entidad gestora la copia a ella destinada, dentro del plazo de cinco días contados a partir de la expedición del parte. En dicha copia se hará constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

3. En los supuestos a que se refiere el párrafo segundo del apartado 1, la expedición de los partes médicos de alta se ajustará a lo siguiente:

Primero.—Una vez reconocido el trabajador y cuando, a juicio del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta, condicionado a la decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, en los términos señalados en el apartado 1, reflejándose en dicho parte, y como fecha de efectos del alta, el día quinto hábil siguiente al de dicha extensión.

Segundo.–Expedido el parte médico de alta, en los términos señalados en el párrafo anterior, en el mismo acto se hará entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

Si el trabajador, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la expedición del parte médico de alta, no ha recibido, por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social, comunicación sobre la existencia de disconformidad expresa del correspondiente Servicio Público de Salud respecto al alta expedida, deberá presentar ante la empresa, y dentro de las veinticuatro horas siguientes a la fecha de efectos del alta médica, la copia a aquella destinada.

Tercero.–Una vez transcurrido el plazo de los tres días hábiles siguientes al de notificación de la intención de expedir el alta ante la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, sin que por dichos órganos se haya manifestado disconformidad expresa respecto al alta citada, se remitirá al respectivo Servicio Público de Salud el ejemplar del parte de alta a él destinado, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

4. El alta expedida por el facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a los exclusivos efectos económicos, determinará la extinción de la prestación económica por incapacidad temporal desde el día de efectos del alta médica, y el consiguiente derecho del trabajador de reincorporarse a la empresa, sin perjuicio de que el Servicio Público de Salud continúe prestando al trabajador la asistencia sanitaria que, sin requerir una nueva baja médica, aconseje su estado.

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.

En los casos en que el parte médico de alta vaya a ser expedido por el facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se actuará del siguiente modo:

Primero.–Una vez reconocido el trabajador y cuando, a juicio del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta, condicionado a la decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud, en los términos señalados en el apartado 1 del artículo 8.º, reflejándose en dicho parte, y como fecha de efectos del alta, el día quinto hábil siguiente al de dicha extensión.

La prestación económica de incapacidad temporal quedará extinguida desde el día de efectos del alta médica extendida, salvo en los supuestos en que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud manifieste disconformidad expresa, en el plazo señalado en el párrafo segundo del apartado 1 del artículo 8.º De darse este supuesto, se notificará inmediatamente al interesado tal circunstancia.

Segundo.–Una vez transcurrido el plazo de los tres días hábiles siguientes al de la comunicación de la intención de expedir el alta médica ante la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, sin que por dichos órganos se haya manifestado disconformidad expresa respecto al alta médica, se remitirá al correspondiente Servicio Público de Salud el ejemplar del parte de alta a él destinado, en el que deberá constar, necesariamente, el resultado y la causa que motiva el alta en la situación de incapacidad temporal.

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 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.

Artículo 14. *Expedición del parte médico de alta por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, a iniciativa de los servicios médicos de la mutua.*

1. Cuando la propuesta de alta formulada por la Mutua no fuese resuelta en los plazos señalados en el artículo anterior, la entidad colaboradora citada podrá optar entre reiterar dicha propuesta, en los términos señalados en el artículo anterior, o plantear la iniciativa de

alta médica ante los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, a los efectos previstos en el apartado 4 del artículo 1.º del Real Decreto 575/1997. En el supuesto de que, reiterada la propuesta inicial al Servicio Público de Salud, la Mutua no obtenga de nuevo contestación de dicho Servicio, aquélla podrá plantear la iniciativa a los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

2. El planteamiento de la iniciativa de alta médica ante los servicios médicos adscritos a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social deberá ir acompañada, según lo dispuesto en este artículo, de los siguientes documentos:

a) Datos personales identificativos del trabajador, número de Documento Nacional de Identidad y de afiliación a la Seguridad Social, así como los relativos al domicilio de aquél, a efectos de las correspondientes notificaciones.

b) Copia del parte médico de baja inicial.

c) En su caso, y en función de la duración del proceso de incapacidad temporal, copia de los partes médicos de confirmación de la baja en los que se contengan los informes médicos complementarios (artículo 1.º,3 del Real Decreto 575/1997), así como del informe de control expedido por la Inspección Médica de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud (artículo 1.º 5 del Real Decreto 575/1997).

d) Resultado de los reconocimientos médicos que se hubiesen practicado a los interesados por los servicios médicos de la Mutua, en los términos establecidos en el artículo 6.º del Real Decreto 575/1997.

e) Puesto de trabajo y descripción de las tareas realizadas por el trabajador, así como otros datos laborales del interesado, que permitan efectuar una valoración objetiva de la incidencia de las dolencias padecidas sobre la capacidad para acudir al trabajo o reanudar la actividad profesional por parte de aquél.

f) Copia de la documentación acreditativa de haberse formalizado previamente la propuesta de alta ante el respectivo Servicio Público de Salud, así como, en su caso, reiteración de la misma, en orden a justificar que no se ha obtenido contestación del respectivo Servicio Público de Salud, en los términos y en los plazos señalados en el artículo anterior.

g) Informe sobre las causas que, a juicio de la mutua, justifiquen el planteamiento del alta médica.

3. De presentarse la iniciativa de alta médica sin que se aporten los documentos y datos a que se refiere el apartado 2 anterior, se requerirá a la Mutua para que los aporte en el plazo de diez días o, en su caso, indique las causas que le impida la presentación de aquéllos, con la indicación de que, si así no lo hiciese, se le tendrá por desistida en su petición, de conformidad con lo previsto en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

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.

Anexo V: Comunicación de la intención del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social de expedir el parte médico de alta de incapacidad temporal por contingencias comunes y partes médicos de alta por incapacidad temporal por contingencias comunes (a expedir por los facultativos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social).

Anexo VI: Comunicación de la intención del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social de expedir el parte médico de alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales y partes médicos de alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales (a expedir por los facultativos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social).

ANEXO I

ANEXO I

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES				SEGURIDAD SOCIAL			
RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR			
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA:			
AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:			
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>			NÚM. 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	
Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal	
Entidad pago IT / CC		Mutua		Actividad Empresa		Código CNAE	
Empr. Colaboradora <input type="checkbox"/>							
MUTUA	<input type="checkbox"/>	INSS	<input type="checkbox"/>	ISM	<input type="checkbox"/>	Puesto de trabajo	
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?			
DIAGNÓSTICO				Código CIE-9 MC		DÍAS	
						MESES	
				Duración estándar De		a días	
PARTE DE BAJA	<input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA		DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
PARTE DE ALTA	<input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*)					
RECAÍDA	SÍ <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD COMÚN		Firma, Fecha y Sello		Curación	
	NO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE NO LABORAL				Fallecimiento	
P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.				Número de colegiado		Propuesta de Incapacidad	
Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD						Agotamiento plazo	
						Incomparecencia	

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES				SEGURIDAD SOCIAL			
RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR			
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA:			
AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:			
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>			NÚM. 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	
Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal	
Entidad pago IT / CC		Mutua		Actividad Empresa		Código CNAE	
Empr. Colaboradora <input type="checkbox"/>							
MUTUA	<input type="checkbox"/>	INSS	<input type="checkbox"/>	ISM	<input type="checkbox"/>	Puesto de trabajo	
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?			
DIAGNÓSTICO				Código CIE-9 MC		DÍAS	
						MESES	
				Duración estándar De		a días	
PARTE DE BAJA	<input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA		DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
PARTE DE ALTA	<input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*)					
RECAÍDA	SÍ <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD COMÚN		Firma, Fecha y Sello		Curación	
	NO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE NO LABORAL				Fallecimiento	
P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.				Número de colegiado		Propuesta de Incapacidad	
Ejemplar para el TRABAJADOR						Agotamiento plazo	
						Incomparecencia	

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES				SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <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"/>		SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>		DATOS DEL TRABAJADOR	
		NÚM. TARJETA SANITARIA:			
		NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:			
		NÚM. 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		Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
Empr. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> 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)					
DIAGNÓSTICO			Código CIE-9 MC	¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/>	
			Duración estándar	De a días	
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA <input type="text"/> Fecha del ALTA (*) <input type="text"/>	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
RECAÍDA Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>	Firma, Fecha y Sello Número de colegiado <input type="text"/>		Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>	
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	
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <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"/>		SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>		DATOS DEL TRABAJADOR	
		NÚM. TARJETA SANITARIA:			
		NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:			
		NÚM. 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		Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
Empr. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>					
¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/>					
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA <input type="text"/> Fecha del ALTA (*) <input type="text"/>	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
RECAÍDA Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>	Firma, Fecha y Sello Número de colegiado <input type="text"/>		Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>	
P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente 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

Núm. Inscripción Empresa en la S.S. / /

Núm. de teléfono Núm. de fax

Régimen Clave

(General, Carbón, etc.)

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 SÓLO EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DEL CARBÓN

Categoría profesional

Grupo

FECHAY FIRMA,

NOTAS ACLARATORIAS

- (1) Suma de las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la fecha de la baja, dividida entre el núm. 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 núm. 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

ANEXO III

ANEXO III

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES				SEGURIDAD SOCIAL						
RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR						
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA:						
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:						
AGR. C/AJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:						
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS:						
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 / 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?						
DIAGNÓSTICO				Código CIE-9 MC		DÍAS				
						MESES				
Duración estándar De a días										
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP				DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA			
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA									
	Fecha del ALTA (*)									
Leve <input type="checkbox"/>					Firma, Fecha y Sello		Curación <input type="checkbox"/>			
Grave <input type="checkbox"/>							Fallecimiento <input type="checkbox"/>		Inspección Médica <input type="checkbox"/>	
Muy grave <input type="checkbox"/>							Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/>		Agotamiento plazo <input type="checkbox"/>	
RECAÍDA <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>		Número de colegiado		Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/>			
		Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>		Incomparecencia <input type="checkbox"/>						
		Periodos de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>								
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						
RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR						
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA:						
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:						
AGR. C/AJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:						
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS:						
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 / 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?						
DIAGNÓSTICO				Código CIE-9 MC		DÍAS				
						MESES				
Duración estándar De a días										
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP				DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA			
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA									
	Fecha del ALTA (*)									
Leve <input type="checkbox"/>					Firma, Fecha y Sello		Curación <input type="checkbox"/>			
Grave <input type="checkbox"/>							Fallecimiento <input type="checkbox"/>		Inspección Médica <input type="checkbox"/>	
Muy grave <input type="checkbox"/>							Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/>		Agotamiento plazo <input type="checkbox"/>	
RECAÍDA <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>		Número de colegiado		Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/>			
		Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>		Incomparecencia <input type="checkbox"/>						
		Periodos de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>								
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	
DATOS DEL TRABAJADOR				
RÉGIMEN	SITUACIÓN	NÚM. TARJETA SANITARIA:		
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:		
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:		
AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS:		
MAR <input type="checkbox"/>		Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____		
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		Código postal: _____ Teléfono: _____		
DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la Empresa		Domicilio		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)				
DIAGNÓSTICO			¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?	
Código CIE-9 MC: _____			DÍAS: [][]	
Duración estándar De _____ a _____ días			MESES: [][]	
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP: [][][][][][]	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegiado: [][][][][][]		
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA: [][][][][][]			
Leve <input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*): [][][][][][]			
Grave <input type="checkbox"/>				
Muy grave <input type="checkbox"/>	Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	CAUSA DEL ALTA <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia		
RECAÍDA <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>			
SI <input type="checkbox"/>	Periodos de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>			
NO <input type="checkbox"/>				
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	
DATOS DEL TRABAJADOR				
RÉGIMEN	SITUACIÓN	NÚM. TARJETA SANITARIA:		
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:		
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:		
AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS:		
MAR <input type="checkbox"/>		Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____		
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		Código postal: _____ Teléfono: _____		
DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la Empresa		Domicilio		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 <input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP: [][][][][][]	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegiado: [][][][][][]		
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA: [][][][][][]			
Leve <input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*): [][][][][][]			
Grave <input type="checkbox"/>				
Muy grave <input type="checkbox"/>	Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	CAUSA DEL ALTA <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia		
RECAÍDA <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>			
SI <input type="checkbox"/>	Periodos de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>			
NO <input type="checkbox"/>				
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					
Núm. Inscripción Empresa en la S. S. /					
Núm. de teléfono Núm. de fax					
Régimen <small>(General, Carbon, etc.)</small>	Clave <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
Grupo de cotización del trabajador					
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 SÓLO 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 3 meses anteriores a la fecha de la baja, dividida entre el núm. 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.

REVERSO

ANEXO V

ANEXO V

COMUNICACIÓN DE LA INTENCIÓN DEL FACULTATIVO DEL INSS DE EXPEDIR EL PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA _____
AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>		NÚM. 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	Puesto de trabajo
Entidad pago IT/CC*	Mutua
E. COLAB. <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/>	

DIAGNÓSTICO

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____

Código CIE-9 MC

Fecha de la BAJA _____ Fecha de reconocimiento médico _____ Fecha de efectos del ALTA _____	DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha Número de colegiado _____	CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/> PORTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>
---	---	---

Este documento contendrá los mismos datos que la copia del parte médico de alta expedida el Servicio Público de Salud

Ejemplar para la INSPECCIÓN MÉDICA u Órgano competente del Servicio Público de Salud

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA _____
AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>		NÚM. 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	Puesto de trabajo
Entidad pago IT/CC	Mutua
E. COLAB. <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/>	

DIAGNÓSTICO

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____

Código CIE-9 MC

Fecha de la BAJA _____ Fecha de reconocimiento médico _____ Fecha de efectos del ALTA _____	DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha Número de colegiado _____	CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/> PORTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>
---	---	---

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para el INSS

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)		SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR	
GENERAL..... <input type="checkbox"/>	ACTIVO..... <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA.....	
AUTÓNOMOS..... <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO..... <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL.....	
AGR. C/PROPIA..... <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD.....	
AGR. C/AJENA..... <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS.....	
MAR..... <input type="checkbox"/>		Domicilio.....	
E. HOGAR..... <input type="checkbox"/>		Localidad.....	
M. CARBÓN..... <input type="checkbox"/>		Provincia.....	
		Código Postal.....	
		Teléfono.....	
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa.....		Puesto de trabajo.....	
Entidad pago IT/CC*.....		Mutua.....	
E. COLAB. <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/>			
DIAGNÓSTICO			
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO.....			
Código CIE-9 MC.....			
Fecha de la BAJA.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"></table>	DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha Número de colegiado.....	CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional..... <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación)..... <input type="checkbox"/> PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>
Fecha de reconocimiento médico.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"></table>		
Fecha de efectos del ALTA.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"></table>		
ENFERMEDAD COMÚN..... <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL..... <input type="checkbox"/>			
P. 9/2 Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.			

Ejemplar para el TRABAJADOR

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)		SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR	
GENERAL..... <input type="checkbox"/>	ACTIVO..... <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA.....	
AUTÓNOMOS..... <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO..... <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL.....	
AGR. C/PROPIA..... <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD.....	
AGR. C/AJENA..... <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS.....	
MAR..... <input type="checkbox"/>		Domicilio.....	
E. HOGAR..... <input type="checkbox"/>		Localidad.....	
M. CARBÓN..... <input type="checkbox"/>		Provincia.....	
		Código Postal.....	
		Teléfono.....	
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa.....		Puesto de trabajo.....	
Entidad pago IT/CC*.....		Mutua.....	
E. COLAB. <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/>			
Fecha de la BAJA.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"></table>	DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha Número de colegiado.....	CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional..... <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación)..... <input type="checkbox"/> PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>
Fecha de reconocimiento médico.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"></table>		
Fecha de efectos del ALTA.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"></table>		
ENFERMEDAD COMÚN..... <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL..... <input type="checkbox"/>			
P. 9/2 Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.			

Ejemplar para la EMPRESA

ANEXO VI

ANEXO VI

RÉGIMEN		SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR	
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL
AGR. C/AJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>			
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal [][][][][][]
Teléfono				
DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la Empresa			Puesto de trabajo	
DIAGNÓSTICO				
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO				Código CIE-9 MC [][][][][][][][][][][]
Fecha de la BAJA	[][][][][][][][][][][]	DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha Número de colegiado [][][][][][][][][][][]		CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/>
Fecha de reconocimiento médico	[][][][][][][][][][][]			
Fecha de efectos del ALTA	[][][][][][][][][][][]			
Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>			
Períodos de Observación por E. P.	<input type="checkbox"/>			
P. 2/3				
Este documento contiene los mismos datos que la copia del parte médico de alta destinada al Servicio Público de Salud				

Ejemplar para la INSPECCIÓN MÉDICA u Órgano competente del Servicio Público de Salud

RÉGIMEN		SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR	
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL
AGR. C/AJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>			
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal [][][][][][]
Teléfono				
DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la Empresa			Puesto de trabajo	
DIAGNÓSTICO				
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO				Código CIE-9 MC [][][][][][][][][][][]
Fecha de la BAJA	[][][][][][][][][][][]	DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha Número de colegiado [][][][][][][][][][][]		CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/>
Fecha de reconocimiento médico	[][][][][][][][][][][]			
Fecha de efectos del ALTA	[][][][][][][][][][][]			
Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>			
Períodos de Observación por E. P.	<input type="checkbox"/>			
P. 2/3				
Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.				

Ejemplar para el INSS

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)		SEGURIDAD SOCIAL							
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR									
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA									
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL									
AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD									
MAR <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS									
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>											
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono						
DATOS DE LA EMPRESA											
Nombre de la Empresa			Puesto de trabajo								
DIAGNÓSTICO											
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO					Código CIE-9 MC						
Fecha de la BAJA	<table border="1" style="width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA	
Fecha de reconocimiento médico	<table border="1" style="width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Fecha de efectos del ALTA	<table border="1" style="width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							Incompetencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/>			
Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Firma, Fecha									
Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/>		Número de colegiado									
P. 9/3											
Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.											

Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)		SEGURIDAD SOCIAL							
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR									
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA									
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL									
AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD									
MAR <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS									
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>											
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono						
DATOS DE LA EMPRESA											
Nombre de la Empresa			Puesto de trabajo								
DIAGNÓSTICO											
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO					Código CIE-9 MC						
Fecha de la BAJA	<table border="1" style="width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA	
Fecha de reconocimiento médico	<table border="1" style="width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Fecha de efectos del ALTA	<table border="1" style="width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							Incompetencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/>			
Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Firma, Fecha									
Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/>		Número de colegiado									
P. 9/3											
Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.											

Ejemplar para el TRABAJADOR

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		SEGURIDAD SOCIAL																
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)																		
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>	SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	DATOS DEL TRABAJADOR NÚM. TARJETA SANITARIA NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD NOMBRE Y APELLIDOS																
Domicilio Localidad Provincia Código Postal Teléfono																		
DATOS DE LA EMPRESA Nombre de la Empresa Puesto de trabajo																		
Fecha de la BAJA Fecha de reconocimiento médico Fecha de efectos del ALTA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha Número de colegiado	CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/>
P. 9/3 Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.																		

Ejemplar para la EMPRESA

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.
Más información en info@boe.es