

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

- 2256** *Corrección de errores de la Orden ISM/2/2023, de 11 de enero, por la que se modifica la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.*

Advertidos errores en la Orden ISM 2/2023, de 11 de enero, por la que se modifica la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, publicada en el BOE del día 13 de enero de 2023, se procede a efectuar la oportuna rectificación:

Se publica de nuevo el anexo I por error en la alineación de la cabecera del formulario en lo relativo al texto de las contingencias «accidente de trabajo» y «enfermedad profesional», en el texto «Fecha de la baja» y en la sección relativa a «Causas del alta médica».

Se publica de nuevo el anexo II por error en la alineación de la cabecera del formulario en lo relativo al texto de las contingencias «accidente de trabajo» y «enfermedad profesional», y en lo relativo al texto «Periodo de observación por enfermedad profesional».



## ANEXO II

## PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia { Enfermedad común (EC)  Accidente no laboral (ANL)   
 { Accidente de trabajo (AT)  Enfermedad profesional (EP)   
 Período de observación por enfermedad profesional

## ENTIDAD EMISORA

SPS  MUTUA   
 EMPRESA COLABORADORA

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA <sup>(1)</sup> : .....	<b>SITUACIÓN</b>
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: .....	ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR/A <input type="checkbox"/>
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: .....	DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS: .....	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
EMPRESA: .....	

FECHA DE LA BAJA	<input type="text"/>		
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	<input type="text"/>	Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	<input type="text"/>
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica <sup>(2)</sup>
	Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> días	<input type="text"/>

## DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN .....	Código CIE-9/ <sup>(Todas las contingencias)</sup> <input type="text"/>	Código CIE-10 <sup>(Sólo en EP)</sup> <input type="text"/>
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA .....		

## SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DE LA PERSONA TRABAJADORA A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------

## PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT <sup>(4)</sup> <input type="text"/>
---------------------------------------------------------------------------------

**RECUERDE:** Si el INSS/ISM o la MUTUA, le cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación será suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 175.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

FACULTATIVO/A-CIAS <input type="checkbox"/>
MÉDICO/A INSPECTOR/A <input type="checkbox"/>
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado/a <input type="text"/>
Nº de identificación del facultativo/a <input type="text"/>

- (1) Documento sanitario similar.
- (2) Si no comparece en la fecha de la siguiente revisión médica, se podrá emitir el alta por incomparecencia.
- (3) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.
- (4) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación.

Le informamos que sus datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación de Incapacidad Temporal, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y OTRAS PRESTACIONES DE CORTA DURACIÓN". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: [consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es](mailto:consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es). Para más información consulte la política de protección de datos en la web: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

Ejemplar para la PERSONA TRABAJADORA