de Servicio Público en rutas aéreas entre las Islas Canarias, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» número 206, de 28 de agosto de 1998, a continuación se formulan las oportunas rectificaciones.

En la página 29376, párrafo cuarto del Acuerdo, línea 1, donde dice: «... Reglamento (CEE) número 2408/92...», debe decir: «... Reglamento (CEE) número 2407/92...».

En la página 29377, Anexo II. Condiciones generales, apartado 1, línea 6, donde dice: «... Reglamento (CEE) número 2408/92 ...», debe decir: «... Reglamento (CEE) número 2407/92 ...».

En la página 29377, Anexo II. Condiciones generales, apartado 2, línea 3, donde dice: «... el programa de operaciones...», debe decir: «... el programa de servicios...».

En las páginas 29377 y 29378, Anexo III. Condiciones específicas, apartado 1.1, en los párrafos referentes a los horarios de las letras a), c), d) y e), donde dice: «... idea y vuelta...», debe decir: «... ida y vuelta...».

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

22293 *REAL DECRETO 1979/1998, de 18 de septiembre, sobre contratación a tiempo completo de profesores asociados en las Universidades públicas.*

El Real Decreto 1995/1996, de 6 de septiembre, autorizó a las Universidades públicas a extender nuevos contratos anuales de profesores asociados, con régimen de dedicación a tiempo completo, referidos a cada uno de los cursos 1996-1997 y 1997-1998, a aquellos profesores cuyos contratos finalizaran su vigencia durante los años 1996 y 1997, ante la imposibilidad de que pudieran llevarse a cabo, en ese tiempo, las modificaciones necesarias en la normativa que confluye en la regulación del profesorado universitario, especialmente en lo que se refiere al profesorado asociado.

Dándose análogas circunstancias a las antes señaladas, por la imposibilidad de que puedan realizarse, con anterioridad al curso 1998-1999, las mencionadas modificaciones en la regulación del profesorado universitario y ante la necesidad de evitar distorsiones en la actividad académica de las Universidades, resulta obligado abrir un nuevo período transitorio durante el cual las Universidades puedan, de conformidad con la normativa vigente, contratar profesores asociados con dedicación a tiempo completo de entre aquellos cuyos contratos hayan finalizado o finalicen su vigencia con dicha dedicación y que, en otro caso, sólo podrían ser contratados o continuar su docencia bajo el régimen de dedicación a tiempo parcial, por aplicación del Real Decreto 898/1985, de 30 de abril, modificado por el Real Decreto 1200/1986, de 13 de junio.

La presente disposición ha sido informada por el Consejo de Universidades y por la Comisión Superior de Personal.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Educación y Cultura, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 18 de septiembre de 1998,

D I S P O N G O :

Artículo único.

1. A los profesores asociados contratados en régimen de dedicación a tiempo completo, cuyos contratos finalicen su vigencia durante el año 1998, se les podrá extender por las Universidades, de acuerdo con la normativa vigente y con la conformidad de los interesados, nuevos contratos de profesores asociados, referidos a cada uno de los cursos 1998-1999, o en su caso desde la fecha en que el interesado inicie su actividad, y 1999-2000, excepcionalmente con el mismo régimen de dedicación que vienen desempeñando.

2. A los profesores asociados contratados en régimen de dedicación a tiempo completo, cuyos contratos finalicen su vigencia durante el año 1999, se les podrá extender por las Universidades, de acuerdo con la normativa vigente y con la conformidad de los interesados, nuevos contratos de profesores asociados, hasta la finalización del curso 1999-2000, excepcionalmente con el mismo régimen de dedicación.

3. Las Universidades podrán extender también a quienes fueron contratados anteriormente como profesores asociados en régimen de dedicación a tiempo completo y cuyos contratos finalizaron su vigencia antes de 1998, nuevos contratos de profesores asociados, referidos a cada uno de los cursos 1998-1999 y 1999-2000, excepcionalmente con el mismo régimen de dedicación.

4. De los contratos que se extiendan de acuerdo con el presente Real Decreto se dará cuenta, por el Rector de la Universidad, a los órganos a que se refiere el artículo 20.8 del Real Decreto 898/1985, de 30 de abril, modificado por el Real Decreto 1200/1986, de 13 de junio.

Disposición final única.

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid a 18 de septiembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Educación y Cultura,
ESPERANZA AGUIRRE Y GIL DE BIEDMA

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

22294 *ORDEN de 18 de septiembre de 1998 por la que se modifica la de 19 junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.*

El Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal, ha sido objeto de recientes modificaciones a través del Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, dictado en desarrollo del

artículo 131.1.bis de la Ley General de la Seguridad Social, en la redacción dada por el artículo 39 de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

Estas modificaciones hacen necesaria la actualización de la Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el citado Real Decreto 575/1997.

En su virtud, previo informe del Ministro de Sanidad y Consumo y de conformidad con las atribuciones otorgadas por la Disposición Final Primera del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, he dispuesto:

Artículo único.

Los artículos de la 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 el control de la prestación económica de incapacidad temporal, que se relacionan a continuación, quedan redactados en la forma que se indica:

Uno.

«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 aquélla 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 aquélla 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.»

Dos. Se añaden los apartados 3 y 4 al artículo 5.º en los siguientes términos:

«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.»

Tres. El artículo 8.º queda redactado en la forma siguiente:

«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 aquélla 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.»

Cuatro. Se añade un nuevo párrafo al artículo 9.º en los siguientes términos:

«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.»

Cinco. Se añade un nuevo artículo 15, con la siguiente redacción:

«Artículo 15. *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.º5 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.»

Seis. Se modifican los anexos I a IV y se incorporan los nuevos anexos V y VI, con la siguiente redacción:

«ANEXOS

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

Anexo II. Partes médicos de confirmación de incapacidad temporal, por contingencias comunes.

Anexo III. Partes médicos de baja/alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales.

Anexo IV. Partes médicos de confirmación de incapacidad temporal por contingencias profesionales.

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).»

Disposición adicional única. *Expedición de partes médicos de baja, cuando previamente se haya expedido un alta médica por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.*

De conformidad con lo previsto en la disposición adicional primera del Real Decreto 1117/1998, de 5 de

junio, cuando en un proceso de incapacidad temporal se haya expedido el parte médico de alta por los servicios médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, durante los seis meses siguientes a la fecha en que se expidió aquélla, los correspondientes partes médicos de baja únicamente podrán ser expedidos por la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del correspondiente Servicio de Salud, en relación con el proceso patológico que originó el alta, de oficio o a propuesta del facultativo del Servicio de Salud.

Disposición transitoria única. *Utilización de los modelos de partes médicos.*

1. Hasta tanto no estén editados a disposición de los respectivos Servicios Públicos de Salud o estén editados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo los correspondientes partes médicos de baja/alta, adaptados a los modelos que figuran como anexos I a IV, ambos inclusive, de la Orden de 19 de junio de 1997, en la redacción dada por el apartado seis del artículo único, se seguirán utilizando los partes que estén editados con forme a los modelos vigentes con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Orden.

2. En tanto no se hayan editado los partes médicos de alta que compete expedir a los facultativos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, ajustados a los modelos que figuran como anexos V y VI de la Orden de 19 de junio de 1997, en la redacción dada por el apartado seis del artículo único, se utilizarán los partes cuyo modelo se recogen, respectivamente, en los anexos I o III de la Orden de 19 de junio de 1997, teniendo en cuenta, a su vez, lo establecido en el apartado 1 de esta disposición. En todo caso, se hará constar, de manera fehaciente, que el Médico que extiende el parte médico del alta lo hace en su condición de facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Disposición final. *Entrada en vigor.*

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

Madrid, 18 de septiembre de 1998.

ARENAS BOCANEGRA

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

ANEXO I

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

SITUACIÓN
- ACTIVO ☐
- DESEMPLEADO ☐

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA: .....

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: .....

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal	Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal

Entidad pago T.C.C.	Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
Empr. Colaboradora ☐ MUTUA ☐ INSS ☐ ISM ☐				

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?

DIAS ☐

MESES ☐

Duración estándar: De ..... a ..... días

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la **BAJA**

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del **ALTA**(*)

RECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐

ENFERMEDAD COMUN ☐

ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO – CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA
- Curación ☐
- Fallecimiento ☐
- Inspección Médica ☐
- Propuesta de Incapacidad ☐
- Agotamiento plazo ☐
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
- Incomparecencia ☐

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

Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

SITUACIÓN
- ACTIVO ☐
- DESEMPLEADO ☐

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 C/CC — Empr. Colaboradora ☐ — MUTUA ☐ — INSS ☐ — SV ☐

Mutua

Actividad Empresa — Código CNAE

Puesto de trabajo

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

.....

DIAGNÓSTICO ..... Código CIE-9 MC

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DIAS ☐ MESES ☐

Duración estándar: De ..... a ..... días

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la **BAJA** ☐

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del **ALTA**(*) ☐

RECAÍDA SÍ ☐ NO ☐

ENFERMEDAD COMÚN ☐

ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO – CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA
- Curación ☐
- Fallecimiento ☐
- Inspección Médica ☐
- Propuesta de Incapacidad ☐
- Agotamiento plazo ☐
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
- Incomparecencia ☐

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

Ejemplar para el TRABAJADOR

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

SITUACIÓN
- ACTIVO ☐
- DESEMPLEADO ☐

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 ☐ MUTUA ☐ INSS ☐ SM ☐				

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

DIAGNÓSTICO ..... Código CIE-9 MC

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?
DÍAS
MESES

Duración estándar: De ..... a ..... días

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la **BAJA**

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del **ALTA**(*)

RECAÍDA: SI ☐ NO ☐

ENFERMEDAD COMÚN ☐
ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO – CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA
- Curación ☐
- Fallecimiento ☐
- Inspección Médica ☐
- Propuesta de Incapacidad ☐
- Agotamiento plazo ☐
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
- Incomparecencia ☐

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

Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

SITUACIÓN
- ACTIVO ☐
- DESEMPLEADO ☐

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 T/CC — Empr. Colaboradora ☐ — Mutua — Actividad Empresa — Código CNAE — Puesto de trabajo

MUTUA ☐ INSS ☐ SM ☐

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS ☐ MESES ☐

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la **BAJA** ☐

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del **ALTA**(*) ☐

RECAÍDA SI ☐ NO ☐

ENFERMEDAD COMÚN ☐

ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado ☐

CAUSA DEL ALTA
- Curación ☐
- Fallecimiento ☐
- Inspección Médica ☐
- Propuesta de Incapacidad ☐
- Agotamiento plazo ☐
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
- Incomparecencia ☐

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

Ejemplar para 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

Grupo de cotización del trabajador .....

Clase de contrato .....

En contrato a tiempo parcial (1) .....

En trabajadores fijos discontinuos (2) .....

Base de cotización mes anterior a la fecha de la baja (3) .....

Días cotizados (4) .....

BASE REGULADORA DIARIA

A CUMPLIMENTAR SÓLO EN EL REGIMEN ESPECIAL DEL CARBÓN

Categoría profesional .....

Grupo .....

(LUGAR Y 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 II

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago IT / CC

Empr. Colaboradora ☐ MUTUA ☐ INSS ☐ SM ☐

Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Código C.E.S.M.C.

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3er PARTE *(día 18 de la Baja)* **Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES**

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Meses Días

CURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA

DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES *(a cumplimentar en el Parte 51)*

DOLENCIAS PADECIDAS

¿SE PREVE CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SÍ ☐ NO ☐

Fecha

DATOS DEL FACULTATIVO / CIAS

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

P. 9/1

Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago IT / CC

Gnor Colaboradora: MUTUA | INSS | ISM

Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Código CIE 10 MC

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3er PARTE *(día 18 de la Baja)* **Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES**

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Meses | Días

DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO o PRUEBA

DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES *(a cumplimentar en el Parte 51)*

DOLENCIAS PADECIDAS

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

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

P. 9/1

Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago T / CC

Empr. Cualquiera ☐ MUTUA ☐ INSS ☐ SM ☐

Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Código C.I.E. 9 MC

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3er PARTE *(día 18 de la Baja)* **Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES**

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Meses Días

CURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA

CURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES *(a cumplimentar en el Parte 51)*

DOLENCIAS PADECIDAS

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

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO / CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

P. 9/1

Ejemplar para el TRABAJADOR

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago IT / CC

Emp. Colaboradora [ ] MUTUA [ ] INSS [ ] ISM [ ]

Mutua

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NUMERO

P. 9/1

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

DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

ANEXO III

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

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

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

SITUACIÓN

ACTIVO
DESEMPLEADO

DATOS DEL TRABAJADOR

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

Domicilio | Localidad | Provincia | Código postal | Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa | Domicilio | Localidad | Provincia | Código postal

Entidad pago IT / CP | NSS | ISM | Actividad Empresa | Código CNAE | Puesto de trabajo

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

DIAGNÓSTICO | Código CIE-9-MC

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS / MESES

Duración estándar: De ..... a ..... días

PARTE DE BAJA
PARTE DE ALTA

Leve
Grave
Muy grave

RECAÍDA: SÍ / NO

Fecha del **AT** o **EP**
Fecha de la **BAJA**
Fecha del **ALTA** (*)

Accidente de Trabajo
Enfermedad Profesional
Períodos de Observación por E.P.

DATOS DEL FACULTATIVO / CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

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

P. 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

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

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

GENERAL
AGR. CANARIA
AGR. CAJENA
MAR
M. CARBÓN

SITUACIÓN

ACTIVO
DESEMPLEADO

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 / CP	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
NSS / SM			

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

DIAGNÓSTICO

Código CIE-9-MC

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?
DÍAS
MESES

Duración estándar: De a días

PARTE DE BAJA
PARTE DE ALTA
Leve
Grave
Muy grave
HECHA DA SÍ / NO

Fecha del **AT** o **EP**
Fecha de la **BAJA**
Fecha del **ALTA** (*)

Accidente de Trabajo
Enfermedad Profesional
Períodos de Observación por E.P.

DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

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

P. 9/11 (*) En los partes de alta, obligatoriamente 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
- GENERAL
- AGR. C/PROPIA
- AGR. C/AJENA
- MAR
- M. CARBÓN

SITUACIÓN
- ACTIVO
- DESEMPLEADO

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 / CP: MSS ☐ ISM ☐

Actividad Empresa | Código CNAE | Puesto de trabajo

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

DIAGNÓSTICO

Código CIE-9 MC

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS ☐ MESES ☐

Duración estándar: De ... a ... días

PARTE DE BAJA ☐

PARTE DE ALTA ☐

Leve ☐
Grave ☐
Muy grave ☐

RECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐

Fecha del **AT** o **EP**

Fecha de la **BAJA**

Fecha del **ALTA**(*)

Accidente de Trabajo ☐
Enfermedad Profesional ☐
Periodos de Observación por EP ☐

DATOS DEL FACULTATIVO – CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA
- Curación ☐
- Fallecimiento ☐
- Inspección Médica ☐
- Propuesta de incapacidad ☐
- Agotamiento plazo ☐
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
- Incomparecencia ☐

P. 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para el TRABAJADOR

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

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SITUACIÓN
ACTIVO
DESEMPLEADO

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

Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal	Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal

Entidad pago IT / CP	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo
INSS ☐ SM ☐			

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS ____ MESES ____

PARTE DE BAJA ☐
PARTE DE ALTA ☐
Leve ☐
Grave ☐
Muy grave ☐
RECAÍDA SÍ ☐ NO ☐

Fecha del **AT** o **EP**
Fecha de la **BAJA**
Fecha del **ALTA**(*)

Accidente de Trabajo ☐
Enfermedad Profesional ☐
Periodo de Observación por E.P. ☐

DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA
Curación ☐
Fallecimiento ☐
Inspección Médica ☐
Propuesta de Incapacidad ☐
Agotamiento plazo ☐
Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
Incomparecencia ☐

P. 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja
Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM)

ANVERSO

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

Núm. inscripción Empresa en la S. S. .....

Núm. de teléfono ..... Núm. de fax .....

Régimen ..... Clave

Grupo de cotización del trabajador .....

Clase de contrato .....

BASE REGULADORA

a) Base de cotización del mes anterior a 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 IV

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago IT / CP INSS ISM

DATOS DEL TRABAJADOR

NÚM. TARJETA SANITARIA:

NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:

NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Código CIE-9 MC

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3ER PARTE *(día 21 de la Baja)* Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Meses Días

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

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES *(a cumplimentar en el Parte 50)*

DOLENCIAS PADECIDAS

¿SE PREVÉ OCUPACIÓN CENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI NO

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO – CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

P. 9/5

Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago IT / CP NSS ISM

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Codigo CIE-9 MC

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNOSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCION DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3er PARTE *(día 21 de la Baja)* Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES

TRATAMIENTO MEDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Meses Días

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

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES *(a cumplimentar en el Parte 50)*

DOLENCIAS PADECIDAS

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

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

Firma Fecha y Sello

Numero de colegiado

P. 9/5

Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago IT / CP

NSS SM

DATOS DEL TRABAJADOR

NÚM. TARJETA SANITARIA

NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Código C.I.E-9 MC

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3er PARTE *(día 21 de la Baja)* Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA

DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA — Meses — Días

INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES *(a cumplimentar en el Parte 50)*

DOLENCIAS PADECIDAS

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

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO – CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

P. 9/5

Ejemplar para el **TRABAJADOR**

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Entidad pago IT / CP INSS ☐ SM ☐

DATOS DEL TRABAJADOR

NUM. TARJETA SANITARIA .....

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL .....

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD .....

NOMBRE Y APELLIDOS .....

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

P. 9/5

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

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

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO ..... ☐

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

'Entidad pago IT/CC'	Mutua
E. COLAB. ☐ MUTUA ☐ INSS ☐	

DIAGNÓSTICO _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____

Código CIE-9 MC

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

ENFERMEDAD COMÚN ..... ☐
ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA ☐

P. 9/2

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

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO ..... ☐

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

"Entidad pago IT/CC"	Mutua
E. COLAB. ☐ MUTUA ☐ INSS ☐	

DIAGNÓSTICO _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____

Código CIE-9 MC

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

ENFERMEDAD COMÚN ..... ☐
ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA ☐

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 organo 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

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO ..... ☐

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

Entidad pago IT/CC*	Mutua
E. COLAB. ☐ MUTUA ☐ INSS ☐	

DIAGNÓSTICO _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____

Código CIE-9 MC

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

ENFERMEDAD COMÚN ..... ☐
ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA ☐

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 organo similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para el 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

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO ..... ☐

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

Entidad pago IT/CC*	Mutua
E. COLAB. ☐ MUTUA ☐ INSS ☐	

DIAGNÓSTICO _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____

Código CIE-9 MC

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

ENFERMEDAD COMÚN ..... ☐
ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA ☐

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 organo similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para la MUTUA

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO ..... ☐

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

Entidad pago IT/CC"	Mutua
E. COLAB. ☐ MUTUA ☐ INSS ☐	

DIAGNÓSTICO _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____

Código CIE-9 MC

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

ENFERMEDAD COMÚN ..... ☐
ACCIDENTE NO LABORAL. ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA ☐

P. 9/2

Durante los seis mesas 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 organo 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

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO ..... ☐

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

Entidad pago IT/CC*	Mutua
E. COLAB. ☐ MUTUA ☐ INSS ☐	

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

ENFERMEDAD COMÚN ..... ☐
ACCIDENTE NO LABORAL ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA ☐

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 organo similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para la EMPRESA

ANEXO VI

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

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO .... ☐

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

DIAGNÓSTICO .....

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO .....

Código CIE-9 MC

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

Accidente de Trabajo ..... ☐
Enfermedad Profesional ..... ☐
Períodos de Observación por E. P. ... ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

P. 9/3

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

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO .... ☐

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

DIAGNÓSTICO .....

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO ..... Código CIE-9 MC

.....

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

Accidente de Trabajo ..... ☐
Enfermedad Profesional ..... ☐
Períodos de Observación por E. P. ... ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

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 **INSS**

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO .... ☐

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

DIAGNÓSTICO .....

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO ..... Código CIE-9 MC

.....

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

Accidente de Trabajo ..... ☐
Enfermedad Profesional ..... ☐
Periodos de Observación por E. P. ... ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

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 organo 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

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO .... ☐

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

DIAGNÓSTICO .....

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO .....

.....

Código CIE-9 MC

Fecha de la **BAJA** .....
Fecha de reconocimiento médico
Fecha de efectos del **ALTA** .....

Accidente de Trabajo ..... ☐
Enfermedad Profesional ..... ☐
Periodos de Observación por E. P. ... ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

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 organo similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para el **TRABAJADOR**

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

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

SITUACIÓN

ACTIVO ..... ☐
DESEMPLEADO .... ☐

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** .....

Accidente de Trabajo ..... ☐
Enfermedad Profesional ..... ☐
Periodos de Observación por E. P. ... ☐

DATOS DEL FACULTATIVO

Firma, Fecha

Número de colegiado

CAUSA DEL ALTA

Recuperación de la capacidad profesional ..... ☐
Incomparecencia (Contratos formación) ..... ☐

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 organo similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para la **EMPRESA**