

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: «... ida 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,

DISPONGO:

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 aquella, 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 una 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 una 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 una 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 aquella, 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.»

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**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN**

GENERAL  
 AUTÓNOMOS  
 AGRI. C/PROPIA  
 AGRI. CRAJENA  
 MAR  
 E. HOGAR  
 M. CARBÓN

ACTIVO  
 DESEMPLEADO

NUM. TALENTA SANITARIA:

NUM. AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL:

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:

NOVERRE 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  Mutua   
 Colaboradora   
 M.J.T.A.  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)**

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DIAS: MESES:  
 Duración estándar De: a días:  
 Código CIF-9 MC:

**DIAGNÓSTICO**  
 PARTE DE BAJA: Fecha de la BAJA:      
 PARTE DE ALTA: Fecha del ALTA (\*):      
 HECEA: SI  ENFERMEDAD COMUN   
 NO  ACCIDENTE NO LABORAL   
 CAUSA DEL ALTA:  
 Curación  
 Fallecimiento  
 Inspección Médica  
 Propuesta de Incapacidad  
 Agotamiento plazo  
 Mejoría que permite reanudar trabajo habitual  
 Incomparecencia  
 Datos del Facultativo - CIAS:  
 Firms: Fecha y Sello:      
 Número de colegiado:

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

**Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**

**SEGURIDAD SOCIAL**

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

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN**

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

SITUACIÓN  ACTIVO  DESPILFADO

N.º M. TAR. ETA SAN TARIN: .....

N.º M. APL. ACÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: .....

N.º M. 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 pagadora:  CC  Mutua

Entidad Colaboradora:

MUJER:  MUJER  HOMBRE

Código CNAF: .....

Actividad Empresa: .....

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? DÍAS: .....

MESES: .....

DIAGNÓSTICO: .....

Código CIE-9 MC: .....

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

PARTE DE BAJA: Fecha de la BAJA: .....

PARTE DE ALTA: Fecha del ALTA (\*): .....

RECIDA: SI  NO  ENFERMEDAD COMÚN  ACCIDENTE NO LABORAL

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

**Ejemplar para el TRABAJADOR**

**DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS**

CAUSA DEL ALTA:  Curación  Fallecimiento  Inspección Médica  Propuesta de Incapacidad  Agotamiento plazo  Mejoría que permite reanudar trabajo habitual  Incapacidad

Fecha y Firma: .....

Número de colegiado: .....

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

**SEGURIDAD SOCIAL**

**RÉGIMEN**

GENERAL       **SITUACIÓN**

AUTÓNOMOS       ACTIVO

AGR. C/PROPIA       DESEMPLEADO

AGR. C/ALIENA

MAR

E-HOGAR

M. CARBÓN

**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 pagadora:  Mutua       Actividad Empresa: Código CVAE: Puesto de trabajo: .....

MUTUA  INSS  SV

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

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?      DÍAS:      MESES: .....

DIAGNÓSTICO: .....

Código CIE-9 MC:      Duración estándar De:      a:      días

**PARTE DE BAJA**      Fecha de la BAJA:      /      / .....

**PARTE DE ALTA**      Fecha del ALTA (\*):      /      / .....

**DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS**

CAUSA DEL ALTA

Curación

Fallecimiento

Inspección Médica

Propuesta de Incapacidad

Agotamiento plazo

Mejoría que permite reanudar trabajo habitual

Incomparecencia

Firma, fecha y Sello: .....

Número de colegiado:      /      /      / .....

RECAÍDA      Si       ENFERMEDAD COMUN

                 NO       ACCIDENTE NO LABORAL

**P. 9 (\*)** En los partes de alta, cumplimente también a 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**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**RÉGIMEN**

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

**SITUACIÓN**  
 ACTIVO  
 DESEMPLEADO

N.º M. TARETA SAN FAMILIA: .....

N.º J. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: .....

N.º J. REQUERIMIENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: .....

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

Domicilio	Provincia	Código postal	Teléfono
-----------	-----------	---------------	----------

**DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre de la Empresa	Localidad	Provincia	Código postal
Entidad pagadora: <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Mutua	Actividad Empresa	Código CNAC	Puesto de trabajo
<input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> SM			

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

**PARTE DE BAJA**  Fecha de la BAJA: \_\_\_\_\_  
**PARTE DE ALTA**  Fecha del ALTA (\*): \_\_\_\_\_  
 HECAIDA  SI  ENFERMEDAD COMÚN   
                    NO  ACCIDENTE NO LABORAL

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)**

**CAUSA DEL ALTA**

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

**DATOS DE LA FACULTATIVO CIAS**  
 Firma, Fecha y Sexo: \_\_\_\_\_  
 Número de colegiado: \_\_\_\_\_

**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 ..... General de contribuyentes

Clave


Grupo de cotización de trabajador .....

Clase de contrato .....

En contrato a tiempo parcial<sup>(1)</sup> .....

En trabajadores fijos discontinuos<sup>(2)</sup> .....

Base de cotización mes anterior a la de la fecha de la baja<sup>(3)</sup> .....

Días cotizados<sup>(4)</sup> .....

**BASE REGULADORA DIARIA**

**A CUMPLIMENTAR SÓLO EN EL RÉGIMEN 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 número de días a que corresponden.
- (2) Tipo de jornada en relación con la norma 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 número 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

<u>DATOS DE LA EMPRESA</u>		<u>DATOS DEL TRABAJADOR</u>	
Nombre de la empresa	S.V. PAPIETA SAN LUIS		
Entidad pagadora	MURCIA, AUTONOMA LA SEGURIDAD SOCIAL		
Código Contable	ALTA	INSS	MA
Módulo	ADPTE Y AN. DIOS		
<u>DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL</u>			
SINDROME DE BARRA			
SINDROME DE CONFUSIÓN			
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL: FUERZA DE			

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

TIPALMENTO MÉDICO PRECISANDO			
DELEGACIONES PRECISANDO			
ALRACÓN DE LA EMPRESA PARA TRABAJAR O NO PRESENTAR			
<u>INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 51)</u>			
DELEGACIONES PRECISANDO			
¿SE PREVE CALIFICACIÓN DE ALTO DE LOS EFECTOS SIGUIENDO	SI	NO	NO

Fecha							
PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO							
<table border="1"> <tr> <td>Fecha Fecha y Saldo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número de contingente</td> <td></td> </tr> </table>				Fecha Fecha y Saldo		Número de contingente	
Fecha Fecha y Saldo							
Número de contingente							
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

QUE TRABAJA PARA

Entidad pagadora (IF/CC)

AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Dono Colectividad

SM

INSS

SUBORDINADO NACIONAL DE TRABAJO

Mutua

MOVIMIENTO

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

ANAMNESIS DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO DE CONFINACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN LA CUBA

GRUPO DE


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

1. AUMENTO MEDICO PRESCRITO

PRESCRIPCIÓN

OPINIÓN DEL MÉDICO TRATAMIENTO EN PRÁCTICA

OPINIÓN DEL MÉDICO DE PROTECCIÓN SOCIAL ESTABLECIDA

**INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 5 I)**

TOLENCIAS INDECIJAS

¿SE PREVEE CLASIFICACIÓN DE 1º O 2º DE LOS 6 MESES SIGUIENTES

SI

NO

Fecha

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

P. 9/1

Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA

1ª Parte y Susc.

Número de colegio

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES** **SEGURIDAD SOCIAL**

DATOS DE LA EMPRESA	DATOS DEL TRABAJADOR
Nombre de la Empresa: <u>MULTIPLAZA S.A.</u>	Nombre y Apellidos: <u>MARTIN DEL PUERTO</u>
Entidad pagadora: <u>CC</u>	Nº de Afiliación: <u>10000000000000000000</u>
Categoría: <u>M.T.A.</u> / Puesto: <u>SM</u>	Nº de Documento Nacional de Identidad: <u>10000000000000000000</u>
Mutua: <u>.....</u>	Nombre y Apellidos: <u>.....</u>

**DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL.**

DIAGNÓSTICO DE SALUD	Código C.I.M.F.
DIAGNÓSTICO DE CONFINAMIENTO	.....
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FOLIA	.....

**INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PÁRTE (da 18 de la Raja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES**

PROGRAMA MÉDICO PRESCRITO: .....

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: .....

EVOLUCIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO: .....

ESTIMACIÓN DE DURACIÓN DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA: .....

**INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 5 I)**

CONTINGENCIAS PRECISADAS: .....

BASE DE CUANTIFICACIÓN DE LOS 8 MESES SIGUIENTES: 4 / NO

Fecha: .....

BASE DE CONFIRMACIÓN AL VOTO: .....

Firma Fecha: .....

Número de colegiado: .....

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
POR CONTINGENCIAS COMUNES**

**SEGURIDAD SOCIAL**

**DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre de la Empresa

NUM. TA. RETA. SALIDA-DA

Entidad pagadora IT/CC

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

Emp. Colegiada

SI  NO

NUM. SOC. JUB. TO. MAC. OP. AL. TE. DENT. MD

Mutua

COMPLETAR EN CASO

Fecha		DATOS DEL FACULTATIVO		DÍAS	
PARTE DE CONFIRMACIÓN N.º 10		Firma, Fecha y Sello		Número de colegado	

P. 9/1  
Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA)

ANEXO III

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

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN

RÉGIMEN

GENERAL  ACTIVO

AGH. CIPROPIA  DESEMPLEADO

AGH. CAJENA

MAH

M. CARIBÓN

NUV. TARJETA SANITARIA

NUV. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUV. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Domicilio

Caja

Provincia

Código postal

Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

Domicilio

Provincia

Código postal

Código postal

Entidad pagadora (I/O) P

Actividad Empresa

Código Clave

Puesto de trabajo

ISS

ISA

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?

AÑOS

Código C.F.R.M.C.

Duración estándar De a días

PARTE DE BAJA

Fecha del AT o EP

PARTE DE ALTA

Fecha de la BAJA

Fecha del ALTA (\*)

Leve

Grave

Muy grave

HECÍDIDA

SI

NO

P. 9/11 (\*) En los partes de alta, como mínimo también la fecha de alta.

Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

CAUSA DEL ALTA

Curación

Fallecimiento

Inspección Médica

Propuesta de Incapacidad

Agotamiento plazo

Majoría que permite realizar trabajo habitual

Incomparecencia

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado

# SEGURIDAD SOCIAL

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

### DATOS DEL TRABAJADOR

#### SITUACIÓN

REGÍMEN

GEN-FA:  AC-IIVO

AGH-CIT-IOPIA  DESEM-F-AIJO

AGR-CAJENA

MAP

M. CARRÓN

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 pagadora IT / CP

Actividad Empresa

Código CNSE

Puesto de trabajo

NSS  SV

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

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?

DÍAS

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?

MESES

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?

DÍAS

PARTE DE BAJA

Fecha del AT o EP

PARTE DE ALTA

Fecha de la BAJA

Fecha del ALTA

Leve

Grave

Muy grave

H-C-A-I-A

SI

NO

Períodos de Observación por EP

Apoyos en el Trabajo

Entrenamiento Profesional

Períodos de Observación por EP

#### DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

Nombre del Facultativo

Domicilio

Localidad

Provincia

Código postal

Teléfono

Fecha y hora

Firma

Número de Colegiado

#### CAUSA DEL ALTA

Curación

Fallecimiento

Inspección Médica

Propuesta de Incapacidad

Agotamiento plazo

Mejoría que permite reanudar trabajo habitual

Incomparecencia

P. 9/11 En los partes de alta, completar, además, 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. PROPIA  AGR. AJENA  MAFI  M. CATERÓN

**SITUACIÓN**  ACTIVO  DESEMPLEADO

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Localidad

Provincia

Código postal

Teléfono

**DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre de la Empresa

Domicilio

Localidad

Provincia

Código postal

Entidad pagadora CP

Actividad Empresa

Puesto de trabajo

Código ONPE

NSS  ISM

**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?

DIAS

MESES

Duración estándar De a días

Código CIE-9-VC

DIAGNÓSTICO

**DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS**

Fecha del AT o EP

Fecha de la BAJA

Fecha del ALTA (\*)

Accidente en Trabajo

Enfermedad Profesional

Tratamiento de Observación Especial

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

**Ejemplar para el TRABAJADOR**

**CAUSA DEL ALTA**

Curación

Fallecimiento

Inspección Médica

Propuesta de incapacidad

Agotamiento plazo

Mejoría que permite reanudar trabajo habitual

Incapacidad

Firma Fecha y Sello

Número de colegiado

**SEGURIDAD SOCIAL**

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

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**RÉGIMEN**

GENERAL  ACTIVO   
AGH. CAPTOPVA  DESEMPLEATO   
AGRI. CAJENA   
MAR

ALB. TARJETA SANITARIA

NIV. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NIV. 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 II / CP \_\_\_\_\_ Actividad Empresa \_\_\_\_\_ Código CAE \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo \_\_\_\_\_  
INSS  SM

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?

DÍAS \_\_\_\_\_  
MESES \_\_\_\_\_

**PARTE DE BAJA**  Fecha del AT o EP \_\_\_\_\_

**PARTE DE ALTA**  Fecha de la BAJA \_\_\_\_\_

Fecha del ALTA (\*) \_\_\_\_\_

Grave  Accidente de Trabajo   
Muy grave  Enfermedad Profesional   
RECAYDA ( SI / NO )    
Perceus na Observación por EP

P. 9/11 (\*) En los casos de alta, cumplimentar también la ficha de la baja.

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

**CAUSA DEL ALTA**  
Curación   
Fallecimiento   
Inspección Médica   
Propuesta de Incapacidad   
Aplazamiento plazo   
Mejoría que permite reanudar trabajo habitual   
Incomparecencia

**DATOS DEL FACULTATIVO CIAS**  
Fecha y Firma \_\_\_\_\_  
Número de colegiado \_\_\_\_\_

**ANVERSO**

**A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA**

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

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

Régimen ..... Clave 


Grupo de cotización de trabajador ..... General, Especial

Caso de contrato .....

**BASE REGULADORA**

a) Base de cotización de meses anterior a la fecha de la baja .....  
 Días cotizados <sup>1</sup> .....  
 Base reguladora (A) Promedio diario <sup>2</sup> .....

b) Cotización año anterior por horas extraordinarias y otros <sup>3</sup> .....  
 Base reguladora (B) Promedio diario <sup>4</sup> .....

En contrato a tiempo parcial <sup>5</sup> .....

En trabajadores con los descuentos <sup>6</sup> .....

**TOTAL BASE REGULADORA DIARIA <sup>7</sup>** .....

**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 número de días a que corresponder.
- (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 DEL TRABAJADOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

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-3 MC

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFINACIÓN

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 MEDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO MÉDICO

DURACIÓN VIGILABLE DE PROCFSC (FSMF ESTAFSC-A)

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

DOLENCIAS PREEXISTENTES

¿SE PREVE CUJACIÓN CENTRO DE LOS 3 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

**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 CIE-9 MC

DIAGNÓSTICO DE BAJA

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

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

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

ALTERNACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO O PRUEBAS

**INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 5º)**

INDICACIONES PADECIDAS

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

Fecha

PORTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

**DATOS DEL FACULTATIVO**

Firma Fís. 12 y 50º

Número de colegiado

P. 9/5

Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL** **SEGURIDAD SOCIAL**  
**POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

**DATOS DE LA EMPRESA** **DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre de la Empresa:  NÚM. TARJETA SAVITARIA:   
 Entidad pagadora:  NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:   
 ASES:  SM:  NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:   
 NOMBRE Y APELLIDOS:  Código CE9 MC:

**DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**  
 DIAGNÓSTICO DE BAJA:              
 DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA:

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

TRATAMIENTO MEDICO PRESCRITO:   
 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:  Masas:     
 DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO:              
**INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 50)**  
 DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA:

CONFEJAS PADRECCAS:   
 ¿SE PREVE CUERACION DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI  NO

Fecha:        
 PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO:        
 Datos de facultativo - CIAS:        
 Firma, Firma y Sello:        
 Número de colegiado:

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

**SEGURIDAD SOCIAL**

**DATOS DE LA EMPRESA**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre de la Empresa

NUM. TARJETA SANITARIA

NUM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

NUM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS

Entidad pagadora CP

INSS

SM

Fecha

PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO

DATOS DEL FACULTATIVO CIAS

Firma, Fecha y Selo

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** **SITUACIÓN**

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

**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 COMUN.....   
 ACCIDENTE NO LABORAL.....

**CAUSA DEL ALTA**

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

**PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA**

**DATOS DEL FACULTATIVO**

Firma, Fecha.....  
 Número de colegiado.....

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** SITUACIÓN **DATOS DEL TRABAJADOR**

GENERAL .....  ACTIVO .....  NÚM. TARJETA SANITARIA .....

AUTÓNOMOS .....  DESEMPLEADO .....  NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL .....

AGR. C/PROPIA .....  NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD .....

AGR. C/AJENA .....  NOMBRE Y APELLIDOS .....

MAR .....  Localidad ..... Provincia ..... Código Postal ..... Teléfono .....

E. HOGAR .....  Puesto de trabajo .....

M. CARBÓN .....

**DATOS DE LA EMPRESA**

Domicilio ..... Localidad ..... Provincia ..... Código Postal ..... Teléfono .....

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 ..... ENFERMEDAD COMÚN .....

Fecha de reconocimiento médico ..... ACCIDENTE NO LABORAL .....

Fecha de efectos del ALTA .....

**CAUSA DEL ALTA**

Recuperación de la capacidad profesional .....

Incomparecencia (Contratos formación) .....

**PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA**

**DATOS DEL FACULTATIVO**

Firma, Fecha

Número de colegiado

**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.

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

**SEGURIDAD SOCIAL**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN**

GENERAL .....  ACTIVO .....   
 AUTÓNOMOS .....  DESEMPLEADO .....

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

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**

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

ENFERMEDAD COMUN .....   
 ACCIDENTE NO LABORAL .....

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.

DATOS DEL FACULTATIVO	Firma, Fecha
Número de colegiado	

**CAUSA DEL ALTA**

Recuperación de la capacidad profesional .....   
 Incompatencia (Contratos formación) .....

**PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA**

Código CIE-9 MC

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

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

**SEGURIDAD SOCIAL**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN**

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

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.

P. 9/2

**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**

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.

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

## SEGURIDAD SOCIAL

**RÉGIMEN** **SITUACIÓN**

GENERAL .....  **ACTIVO** .....

AUTÓNOMOS .....  **DESEMPLEADO** .....

AGR. C/PROPIA .....

AGR. C/AJENA .....

MAR .....

E. HOGAR .....

M. CARBÓN .....

**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 .....									

Fecha de la BAJA .....

Fecha de reconocimiento médico .....

Fecha de efectos del ALTA .....

ENFERMEDAD COMÚN .....

ACCIDENTE NO LABORAL

**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.

**DATOS DEL FACULTATIVO**

Firma, Fecha

Número de colegiado

**CAUSA DEL ALTA**

Recuperación de la capacidad profesional .....

Incomparación (Contratos formación) .....

**PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA**

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**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**RÉGIMEN**

GENERAL .....  **SITUACIÓN**

AGR. C/PROPIA .....  **ACTIVO** .....

AGR. C/AJENA .....  **DESEMPLEADO** .....

MAR .....

M. CARBÓN .....

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**

<b>RÉGIMEN</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>
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	Telefono
-----------	-----------	-----------	---------------	----------

<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>
Nombre de la Empresa
Puesto de trabajo

<b>DIAGNÓSTICO</b> .....
<b>RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO</b> .....
Código CIE-9 MC

Fecha de la BAJA ..... Fecha de reconocimiento médico ..... Fecha de efectos de ALTA .....	Accidente de Trabajo ..... <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional ..... <input type="checkbox"/> Períodos de Observación por E. P. .... <input type="checkbox"/>	<b>DATOS DEL FACULTATIVO</b>  Firma, Fecha ..... Número de colegiado .....	<b>CAUSA DEL ALTA</b> 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.

**PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES  
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)      SEGURIDAD SOCIAL**

<b>RÉGIMEN</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>
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
-----------	-----------	-----------	---------------	----------

<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>
Nombre de la Empresa
Puesto de trabajo

<b>DIAGNÓSTICO</b>
.....
<b>RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO</b>
.....
Código CIE-9 MC

Fecha de la BAJA ..... Fecha de reconocimiento médico ..... Fecha de efectos del ALTA .....	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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>																<b>CAUSA DEL ALTA</b> Recuperación de la capacidad profesional ..... <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación) ..... <input type="checkbox"/>
Accidente de Trabajo ..... <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional ..... <input type="checkbox"/> Periodos de Observación por E. P. .... <input type="checkbox"/>	<b>DATOS DEL FACULTATIVO</b> Firma, Fecha 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.

**PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES  
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)      SEGURIDAD SOCIAL**

<b>RÉGIMEN</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>
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 <b>BAJA</b> .....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Fecha de reconocimiento médico .....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Fecha de efectos del <b>ALTA</b> .....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

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 esta 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.

**PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES  
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)      SEGURIDAD SOCIAL**

<b>RÉGIMEN</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de la BAJA ..... Fecha de reconocimiento médico ..... Fecha de efectos del ALTA .....	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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>																<p><b>CAUSA DEL ALTA</b></p> <p>Recuperación de la capacidad profesional ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Incaparecencia (Contratos formación) ..... <input type="checkbox"/></p>
Accidente de Trabajo ..... <input type="checkbox"/>	Firma, Fecha																
Enfermedad Profesional ..... <input type="checkbox"/>	Número de colegiado																
Periodos de Observación por E. P. .... <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <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>																

**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.