

PARTES DE MATERNIDAD

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PARTES

La cumplimentación de estos Partes se realizará por el médico de la modalidad asistencial a que esté adscrita la afiliada, marcando con “X” las cuadrículas correspondientes y reflejando la información solicitada.

El apartado “INFORME MÉDICO”, solo deberá rellenarse y subscribirse por dicho médico en el supuesto de que la madre haya manifestado su intención de incorporarse a su puesto de trabajo, una vez transcurrido el período de descanso obligatorio para ella, y antes de que concluya el período de descanso voluntario. En tal caso:

- Si el parte de maternidad es expedido una vez que el parto ha tenido lugar, el apartado “INFORME MÉDICO” podrá rellenarse y subscribirse en ese mismo documento.
- Si, por el contrario, el parte de maternidad se expidiera con antelación al parto, el citado apartado deberá rellenarse y subscribirse en un segundo parte de maternidad expedido con posterioridad al parto, a instancia de la madre.

Los partes de maternidad deberán ser entregados por la afiliada al Órgano de Personal competente para autorizar el permiso de maternidad, dentro de los cuatro días hábiles siguientes a la fecha de su expedición por el médico.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

A los efectos señalados en los Artículos 6 y 7 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa que la entrega al Órgano de Personal del ejemplar 2 de cada parte, presupone el consentimiento expreso del interesado para el tratamiento de los datos codificados que figuran en el ejemplar.

	PARTE DE MATERNIDAD	
	El parto ya ha tenido lugar: Fecha del parto: Nº de hijos nacidos en este parto: _____	____/____/____
	Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto:	____/____/____
	Fecha del inicio del descanso maternal	____/____/____
AFILIADO		FACULTATIVO
Nº Afiliación Apellidos y Nombre:		Apellidos y Nombre: Especialidad: Nº Colegiado: Entidad Médica: Lugar, Fecha y Firma.
INFORME MÉDICO		
Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, debido a (especifíquese):		

Ejemplar para el afiliado



	PARTE DE MATERNIDAD	
	El parto ya ha tenido lugar: Fecha del parto: Nº de hijos nacidos en este parto: _____	____/____/____
	Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto:	____/____/____
	Fecha del inicio del descanso maternal	____/____/____
AFILIADO		FACULTATIVO
Nº Afiliación Apellidos y Nombre:		Apellidos y Nombre: Especialidad: Nº Colegiado: Entidad Médica: Lugar, Fecha y Firma.
INFORME MÉDICO		
Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, debido a (especifíquese):		

Ejemplar para el Órgano de Personal