

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN

- ☐ RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)
- ☐ RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T. (MES 16º)
- ☐ ☐ N° DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA

Código CIE-9-MC

Duración probable:

Días

1**MUTUALISTA**

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Número de afiliación

FACULTATIVO

Apellidos y Nombre:.....

Especialidad:.....

Entidad médica:

Fecha __/__/____ Lugar:

Firma:

N° de colegiado

2I
N
F
O
R
M
E

M
É
D
I
C
O

A) Dolencias padecidas que motivan la situación de incapacidad temporal:

B) Valoración de la situación (marcar una opción):

- ☐ Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación
- ☐ Posible incapacidad permanente
- ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días

Justificación de la opción elegida:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN

- ☐ RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)
- ☐ RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T. (MES 16º)
- ☐ ☐ Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA

Código CIE-9-MC

Duración probable:

Días

1

MUTUALISTA

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Número de afiliación

FACULTATIVO

Apellidos y Nombre:

Especialidad:

Entidad médica:

Fecha __/__/____ Lugar:

Firma:

Nº de colegiado

2

I
N
F
O
R
M
E

M
É
D
I
C
O

B) Valoración de la situación (marcar una opción):

- ☐ Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación
- ☐ Posible incapacidad permanente
- ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días

Justificación de la opción elegida:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN

☐ RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)☐ RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T. (MES 16º)☐ ☐ N° DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA

Código CIE-9-MC

Duración probable:

Días

1

MUTUALISTA

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Número de afiliación

FACULTATIVO

Apellidos y Nombre:

Especialidad:

Entidad médica:

Fecha __/__/____ Lugar:

Firma:

N° de colegiado

2

I
N
F
O
R
M
E

M
É
D
I
C
O

B) Valoración de la situación (marcar una opción):

☐ Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación☐ Posible incapacidad permanente☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días

Justificación de la opción elegida:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN

INSTRUCCIONES

Los partes de confirmación correspondientes a los periodos en que se cumpla el décimo y el decimosexto mes, en su caso, desde el inicio de la situación de incapacidad temporal deberán ir acompañados de un informe médico adicional de ratificación.

DATOS GENERALES

Este documento es **indispensable** para que el órgano de personal adopte la decisión que corresponda en cuanto a la prórroga de la situación de incapacidad temporal más allá de los 365 días desde el inicio del proceso patológico, y en su caso, para la continuidad de los efectos de la incapacidad temporal, una vez agotado el período de 545 días. Estos informes deberán acompañar a los partes de confirmación correspondientes a los periodos en que se cumpla el 10º mes y en su caso el 16º.

- El impreso consta de tres ejemplares.
- **Todos los datos** deberán ser **anotados por el médico** de la Entidad o del Servicio Público de Salud al que esté adscrito el mutualista, al efectuar el reconocimiento que corresponda al parte de confirmación referente al periodo en que se cumpla el mes 10º y, en su caso, el mes 16º.
- Se marcarán con una "X" los recuadros necesarios para señalar el tipo de informe médico que se expide (informe de ratificación para prórroga de I.T o informe de ratificación previo a la extinción de I.T).
- Se anotarán los dos dígitos que correspondan al *parte de confirmación* del que este informe es complementario.

DATOS ESPECÍFICOS

- El diagnóstico irá con el correspondiente código estandarizado (CIE-9-MC) en los tres ejemplares.
- En el apartado *duración probable* se indicará el tiempo, en días, durante el que se considera que persistirán las condiciones que impiden al mutualista incorporarse a su puesto de trabajo, computado a partir de la fecha de expedición de este informe.

INFORMES MÉDICOS DE RATIFICACIÓN

A. INFORME ADICIONAL DE RATIFICACIÓN PARA LA CONCESIÓN DE PRÓRROGA. (correspondiente al mes 10º).

En este informe deberán constar las dolencias padecidas por el mutualista y la presunción médica de que:

- a) El mutualista podría llegar a ser dado de alta por curación o mejoría antes de cumplirse quinientos cuarenta y cinco días naturales desde el inicio de la situación, o
- b) Se trata de un proceso que podría calificarse de incapacidad permanente. En este caso el órgano de personal tendrá que iniciar de oficio el procedimiento de jubilación ante el órgano competente.

B. INFORME ADICIONAL DE RATIFICACIÓN PREVIO A LA EXTINCIÓN DE LA SITUACIÓN (correspondiente al mes 16º)

Se pronunciará sobre los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener para el mutualista los efectos de la incapacidad temporal, más allá del período de 545 días o, bien, señalará que se trata de un proceso que podría calificarse de incapacidad permanente. El órgano de personal debe, en ambos casos, iniciar de oficio el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente.