

## Parte médico de confirmación de Incapacidad Temporal

Tipo de contingencia: Enfermedad común (EC)  Accidente no Laboral (ANL)   
 Accidente de trabajo (AT)  Enfermedad profesional (EP)   
 Periodo de observación por enfermedad profesional

Entidad emisora  
 SPS  INSS/ISM  Mutua   
 Empresa colaboradora

Número de la tarjeta sanitaria <sup>(1)</sup>:  
 Número de la Seguridad Social:  
 Número del DNI/NIE/Pasaporte:  
 Nombre y apellidos:  
 Empresa:

Situación  
 Activo/a  Perceptor/a de desempleo contributivo

Fecha de la baja   
 Fecha del parte de confirmación  N° del parte de confirmación   
 Tipo de proceso Muy corto  Medio   
 Corto  Largo  Duración estimada  días Fecha de la siguiente revisión médica <sup>(2)</sup>

### Diagnóstico con descripción de la limitación de la capacidad funcional

Diagnóstico de confirmación	Código CIE-9	Código CIE-10
Descripción de la limitación funcional en esa fecha		

### Solo en caso del traslado del trabajador a otro SPS

Último parte de confirmación pro traslado<sup>(3)</sup>

### Pase a control del INSS

Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT<sup>(4)</sup>

Datos del facultativo/a-CIAS/  
 Datos del médico/a inspector/a



Firma, fecha y sello  
 N° de colegiado/a  
 N° de identificación del facultativo/a

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

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

## Parte médico de confirmación de Incapacidad Temporal

Tipo de contingencia: Enfermedad común (EC)  Accidente no Laboral (ANL)   
 Accidente de trabajo (AT)  Enfermedad profesional (EP)   
 Periodo de observación por enfermedad profesional

Entidad emisora  
 SPS  INSS/ISM  Mutua   
 Empresa colaboradora

Número de la tarjeta sanitaria <sup>(1)</sup>:  
 Número de la Seguridad Social:  
 Número del DNI/NIE/Pasaporte:  
 Nombre y apellidos:  
 Empresa:

Situación  
 Activo/a  Perceptor/a de desempleo contributivo

Fecha de la baja   
 Fecha del parte de confirmación  N° del parte de confirmación   
 Tipo de proceso Muy corto  Medio   
 Corto  Largo  Duración estimada  días Fecha de la siguiente revisión médica <sup>(2)</sup>

### Diagnóstico con descripción de la limitación de la capacidad funcional

Diagnóstico de confirmación	Código CIE-9	Código CIE-10
Descripción de la limitación funcional en esa fecha		

### Solo en caso del traslado del trabajador a otro SPS

Último parte de confirmación pro traslado<sup>(3)</sup>

### Pase a control del INSS

Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT<sup>(4)</sup>

Datos del facultativo/a-CIAS/  
 Datos del médico/a inspector/a



Firma, fecha y sello  
 N° de colegiado/a  
 N° de identificación del facultativo/a

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

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

Le informamos que Ibermutua es responsable del tratamiento de sus datos en su condición de entidad colaboradora con la Seguridad Social en cumplimiento de sus obligaciones legales en la prestación de asistencia sanitaria y gestión de la incapacidad temporal. Puede acceder, rectificar y suprimir sus datos solicitándolo en [derechosdatospersonales@ibermutua.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutua.es), así como ejercitar el resto de sus derechos, como se le informa detalladamente, al igual que respecto al resto de aspectos sobre protección de datos, en 'Aviso legal y privacidad' en [www.ibermutua.es](http://www.ibermutua.es)

## Parte médico de confirmación de Incapacidad Temporal

Tipo de contingencia:	Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	Entidad emisora SPS <input type="checkbox"/> INSS/ISM <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> Empresa colaboradora <input type="checkbox"/>
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
	Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>		

Número de la tarjeta sanitaria <sup>(1)</sup> : Número de la Seguridad Social: Número del DNI/NIE/Pasaporte: Nombre y apellidos: Empresa:	<b>Situación</b> Activo/a <input type="checkbox"/> Perceptor/a <input type="checkbox"/> de desempleo contributivo
---	---

Fecha de la baja <input type="text"/>	Fecha del parte de confirmación <input type="text"/>	Nº del parte de confirmación <input type="text"/>
Tipo de proceso    Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	Duración estimada <input type="text"/> días	Fecha de la siguiente revisión médica <sup>(2)</sup> <input type="text"/>

### Diagnóstico con descripción de la limitación de la capacidad funcional

Diagnóstico de confirmación	Código CIE-9	Código CIE-10
Descripción de la limitación funcional en esa fecha		

### Solo en caso del traslado del trabajador a otro SPS

Último parte de confirmación pro traslado <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/>
---

### Pase a control del INSS

Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT <sup>(4)</sup> <input type="text"/>
---

Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a

Firma, fecha y sello
Nº de colegiado/a
Nº de identificación del facultativo/a

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

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