

## Parte médico de no causa baja

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

### Datos del trabajador/a

Situación: Activo/a  Perceptor/a de desempleo contributivo

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte								
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número	Bloque	Escalera	Piso							
Localidad		Provincia		Código Postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo							
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo			Código nacional de ocupación (CNO)									
					<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

Diagnóstico	Código CIE-9
<p>Cumplimentar solo en caso de contingencia profesional:</p> <p>Fecha de AT o EP <input type="text"/></p> <p>Código de enfermedad profesional <input type="text"/></p> <p>Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> <input type="text"/> Forma contacto <sup>(1)</sup> <input type="text"/></p> <p>Tipo de lesión <sup>(1)</sup> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><small>(1) Sólo en caso de accidentes de trabajo</small></p>	Código CIE-10

Fecha asistencia <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

## Parte médico de no causa baja

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"/>
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
	Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>		

### Datos del trabajador/a

Situación: Activo/a  Perceptor/a de desempleo contributivo

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte									
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta							
Localidad		Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo							
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO)									
						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									

Diagnóstico	Código CIE-9
Cumplimentar solo en caso de contingencia profesional:  Fecha de AT o EP <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  Código de enfermedad profesional <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Forma contacto <sup>(1)</sup> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  Tipo de lesión <sup>(1)</sup> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  <p style="text-align: right; font-size: small;">(1) Sólo en caso de accidentes de trabajo</p>	Código CIE-10

	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a
<b>Fecha asistencia</b> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	  Firma, fecha y sello
	Nº de colegiado/a
	Nº de identificación del facultativo/a

## Parte médico de no causa baja

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

### Datos del trabajador/a

Situación: Activo/a  Perceptor/a de desempleo contributivo

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte										
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta								
Localidad		Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo								
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo			Código nacional de ocupación (CNO)											
					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

<p>Cumplimentar solo en caso de contingencia profesional:</p> <p>Fecha de AT o EP <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Código de enfermedad profesional <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> <input style="width: 40px;" type="text"/> Forma contacto <sup>(1)</sup> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Tipo de lesión <sup>(1)</sup> <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(1) Sólo en caso de accidentes de trabajo</p>	<p style="text-align: center;">Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a</p> <div style="text-align: right; margin-top: 50px;">  </div>
--	---

### Fecha asistencia

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado/a

Nº de identificación del facultativo/a

## Parte médico de no causa baja

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"/>
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
		Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	

### Datos del trabajador/a

Situación: Activo/a  Perceptor/a de desempleo contributivo

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte													
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número		Bloque	Escalera	Piso	Puerta										
Localidad			Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo										
Nombre de la empresa			Puesto de trabajo			Código nacional de ocupación (CNO)													
						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													

Diagnóstico	Código CIE-9
Cumplimentar solo en caso de contingencia profesional:  Fecha de AT o EP <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Código de enfermedad profesional <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Forma contacto <sup>(1)</sup> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Tipo de lesión <sup>(1)</sup> <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <p style="text-align: right; font-size: small;">(1) Sólo en caso de accidentes de trabajo</p>	Código CIE-10

	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a
Fecha asistencia <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	  Firma, fecha y sello
	Nº de colegiado/a
	Nº de identificación del facultativo/a

## Información detallada sobre protección de datos personales

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA) con domicilio en la calle C/ RAMIREZ DE ARELLANO 27, 28043, MADRID, teléfono de contacto 900 23 33 33 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutua.es](mailto:atencionalcliente@ibermutua.es). Pudiendo contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: [dpd@ibermutua.es](mailto:dpd@ibermutua.es).

**Finalidades del tratamiento:** Los datos personales son tratados para gestionar los servicios prestados por IBERMUTUA en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para estas finalidades. En caso de que no los facilite no se le podrá seguir atendiendo.

**Legitimación:** La base de licitud del tratamiento es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUA en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios de los datos:** Sus datos personales van a ser comunicados a su empresa, excepto los de salud, y podrán ser comunicados a los Organismos de la Seguridad Social, a otros organismos de la Administración Pública, incluido jueces y tribunales de justicia; así como a otras Mutuas y entidades sanitarias con las que se tenga concierto sanitario, en cumplimiento de una obligación legal o contractual, respectivamente.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos serán conservados durante los plazos exigidos en materia de asistencia sanitaria y por la normativa reguladora de la actividad de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, así como durante los plazos legales de prescripción de posibles responsabilidades.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, y a no ser objeto de decisiones automatizadas, enviando una comunicación a la C/ RAMIREZ DE ARELLANO 27, 28043-MADRID o la dirección: [derechosdatospersonales@ibermutua.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutua.es), concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

En caso de que considere que sus derechos no han sido suficientemente atendidos, puede presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan nº 6, 28001-Madrid, y/o teléfono de **contacto 912 663 517**.

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutua.es](http://www.ibermutua.es).