

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

Tipo de contingencia { Enfermedad común (EC)  Accidente no laboral (ANL)   
 { Accidente de trabajo (AT)  Enfermedad profesional (EP)   
 Período de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA	
SPS <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>
EMPRESA COLABORADORA <input type="checkbox"/>	

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA <sup>(1)</sup> : .....	<b>SITUACIÓN</b>
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: .....	ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR/A <input type="checkbox"/>
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: .....	DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS: .....	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
EMPRESA: .....	

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"/> Corto <input type="checkbox"/>	Medio <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/ <input type="text"/>	(Todas las contingencias)	Código CIE-10 <input type="text"/>	(Sólo en EP)
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA .....				

**SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DE LA PERSONA TRABAJADORA A OTRO SPS**

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO<sup>(3)</sup>

**PASE A CONTROL DEL INSS**

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT<sup>(4)</sup>

**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 cautelamente, en virtud de lo previsto en el art. 175.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

FACULTATIVO/A-CIAS <input type="checkbox"/>
MÉDICO/A INSPECTOR/A <input type="checkbox"/>
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado/a <input type="text"/>
Nº de identificación del facultativo/a <input type="text"/>

2023/0712  
P.9/1  
8-022 V.6

- (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 sus datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación de Incapacidad Temporal, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y OTRAS PRESTACIONES DE CORTA DURACIÓN". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: [consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es](mailto:consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es). Para más información consulte la política de protección de datos en la web: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)