



PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, DE MATERNIDAD O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

 MINISTERIO DE JUSTICIA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL (Régimen Especial de Seguridad Social de los funcionarios de la Administración de Justicia)	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	INFORME PARA <input type="checkbox"/> BAJA INICIAL <input type="checkbox"/> CONTINUIDAD	Fecha del accidente o del comienzo de la enfermedad / /
	<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> MATERNIDAD	FECHA PREVISIBLE DEL PARTO / /	/ /
	FECHA DEL PARTO / /	/ /	/ /
DATOS DEL FUNCIONARIO/A (a cumplimentar por el mutualista previamente a la consulta del Facultativo)	Nombre y apellidos		D.N.I.
	Destino		N.º de afiliación MUGEJU
	Domicilio	Localidad	Provincia
Diagnóstico: Código CIE-9-MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA		Días <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
Descripción del diagnóstico (dolencia y su evolución):			
PARTE DE BAJA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	PARTE DE ALTA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	No procede iniciarse la jubilación por inutilidad física <input type="checkbox"/>		Curación <input type="checkbox"/>
	Obliga al funcionario a ausentarse de su residencia oficial... <input type="checkbox"/>		Fallecimiento..... <input type="checkbox"/>
	Imposibilita al funcionario para el ejercicio de su cargo <input type="checkbox"/>		Inspección médica..... <input type="checkbox"/>
		Propuesta de invalidez <input type="checkbox"/>	Apellidos y Nombre: _____
		Agotamiento plazo máximo <input type="checkbox"/>	Especialidad: _____
		Mejora que permite realizar trabajo habitual... <input type="checkbox"/>	Entidad: _____
		Incomparecencia..... <input type="checkbox"/>	Firma, fecha y sello
		N.º colegiado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Datos específicos según contingencia (limitaciones que las dolencias supongan para la capacidad funcional, en caso de riesgo durante el embarazo, que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en su salud o en la del feto).			

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, DE MATERNIDAD O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

 MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL (Régimen Especial de Seguridad Social de los funcionarios de la Administración de Justicia)	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	INFORME PARA <input type="checkbox"/> BAJA INICIAL <input type="checkbox"/> CONTINUIDAD	Fecha del accidente o del comienzo de la enfermedad / /
	<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> MATERNIDAD	FECHA PREVISIBLE DEL PARTO FECHA DEL PARTO	/ / / /

DATOS DEL FUNCIONARIO/A (a cumplimentar por el mutualista previamente a la consulta del Facultativo)	Nombre y apellidos			D.N.I.	
	Destino			N.º de afiliación MUGEJU	
	Domicilio	Localidad	Provincia	C.P.:	Teléfono

Diagnóstico: Código CIE-9-MC DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA Días Meses

(Empty shaded area for notes or additional information)


PARTE DE BAJA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	PARTE DE ALTA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	DATOS DEL FACULTATIVO	Apellidos y Nombre: _____
	No procede iniciarse la jubilación por inutilidad física <input type="checkbox"/>		Curación <input type="checkbox"/>		Especialidad: _____
	Obliga al funcionario a ausentarse de su residencia oficial... <input type="checkbox"/>		Fallecimiento..... <input type="checkbox"/>		Entidad: _____
	Imposibilita al funcionario para el ejercicio de su cargo <input type="checkbox"/>		Inspección médica <input type="checkbox"/>		Firma, fecha y sello
			Propuesta de invalidez <input type="checkbox"/>		N.º colegiado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Agotamiento plazo máximo <input type="checkbox"/>		
			Mejora que permite realizar trabajo habitual.. <input type="checkbox"/>		
			Incomparecencia..... <input type="checkbox"/>		

Datos específicos según contingencia (limitaciones que las dolencias supongan para la capacidad funcional, en caso de riesgo durante el embarazo, que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en su salud o en la del feto).

(Empty area for specific contingency data)

EJEMPLAR PARA EL EXPEDIENTE PERSONAL

PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, DE MATERNIDAD O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

 MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL (Régimen Especial de Seguridad Social de los funcionarios de la Administración de Justicia)	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	INFORME PARA <input type="checkbox"/> BAJA INICIAL <input type="checkbox"/> CONTINUIDAD	Fecha del accidente o del comienzo de la enfermedad / /
	<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> MATERNIDAD	FECHA PREVISIBLE DEL PARTO FECHA DEL PARTO	/ / / /

DATOS DEL FUNCIONARIO/A (a cumplimentar por el mutualista previamente a la consulta del Facultativo)	Nombre y apellidos			D.N.I.	
	Destino			N.º de afiliación MUGEJU	
	Domicilio	Localidad	Provincia	C.P.:	Teléfono

Diagnóstico: Código CIE-9-MC DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA Días Meses

PARTE DE BAJA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	PARTE DE ALTA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	DATOS DEL FACULTATIVO	Apellidos y Nombre: _____
	No procede iniciarse la jubilación por inutilidad física <input type="checkbox"/>		Curación <input type="checkbox"/>		Especialidad: _____
	Obliga al funcionario a ausentarse de su residencia oficial... <input type="checkbox"/>		Fallecimiento..... <input type="checkbox"/>		Entidad: _____
	Imposibilita al funcionario para el ejercicio de su cargo <input type="checkbox"/>		Inspección médica <input type="checkbox"/>		Firma, fecha y sello
			Propuesta de invalidez <input type="checkbox"/>		N.º colegiado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Datos específicos según contingencia (limitaciones que las dolencias supongan para la capacidad funcional, en caso de riesgo durante el embarazo, que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en su salud o en la del feto).

EJEMPLAR PARA EL ORGANISMO COMPETENTE