

# INFORMES MÉDICOS DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA NATURAL PARA SU UTILIZACIÓN EN SITUACIONES DE BAJA TEMPORAL PARA EL SERVICIO O INCAPACIDAD TEMPORAL

Los informes serán cumplimentados por el médico que corresponda a la modalidad asistencial del afiliado, y cada uno consta de dos ejemplares:

- El ejemplar 1 (para el interesado/a) de cada uno de los informes que se vayan emitiendo, será presentado en todas las ocasiones al médico que realice los sucesivos reconocimientos.
- El ejemplar 2 se entregará al Órgano de Personal, como muy tarde, al cuarto día desde el inicio de la situación (en el caso del informe inicial) o al día siguiente hábil desde su expedición (en el caso de informes sucesivos o de alta).

El contenido de cada informe servirá de asesoramiento al Órgano de Personal para el reconocimiento de la oportuna licencia o de sus prórrogas, en el caso de Incapacidad Temporal de Funcionarios Civiles.

En los supuestos de bajas temporales para el servicio del personal militar profesional, la utilización de estos informes se hará de acuerdo a lo establecido por la Instrucción 1/2013, de 14 de enero, del Subsecretario de Defensa, o normativa que la sustituya, y para el personal de la Guardia Civil, de acuerdo a la Orden General num. 11, de 18 de septiembre de 2007, de la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil.

## INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS INFORMES

### 1) INFORMES DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE

#### A) Informe inicial:

Se solicitará antes de que se alcance el 4º día de ausencia continuada del puesto de trabajo sin que se produzca la reincorporación, cumplimentando siempre el código del diagnóstico y la duración estimada de la incapacidad.

#### B) Informes sucesivos (hasta alcanzarse el fin del tercer mes de incapacidad):

- Se emitirán secuencialmente antes del día 15 y del último día hábil de cada mes.
- Se anotará el código del diagnóstico y la duración estimada de la baja o incapacidad, solamente si hay variación respecto del parte anterior.

#### C) Informes de confirmación o seguimiento:

- El primero se emitirá el primer día hábil en que comience el 4º mes desde que se inició la incapacidad, y continuarán emitiéndose mensualmente antes del último día hábil de cada mes.
- Se anotará el código del diagnóstico, la duración estimada de la incapacidad desde el primero de estos informes y, en el apartado de “Datos específicos según contingencia”, las limitaciones de la capacidad funcional del interesado y, si guarda relación con ella, el tratamiento prescrito.
- A partir del segundo informe de confirmación o seguimiento suscrito por el mismo facultativo, y de no variar las circunstancias de salud, podrá indicarse “sin variaciones”, en el apartado de “Datos específicos según contingencia”.
- Las dolencias padecidas y su evolución se consignarán exclusivamente en el espacio reservado para ello.

#### D) Informe de alta:

El informe de alta deberá consignar en el apartado “Datos específicos según contingencia” el resultado del reconocimiento y la causa del alta.

### 2) RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL


Se expedirán al 4º día desde el inicio de la situación y al concluir el periodo de la duración estimada de la incapacidad (solo si éste fuera inferior a 3 meses).

Se consignará:

- La duración probable del periodo de riesgo.
- En el apartado “Datos específicos según contingencia”, se acreditará que las condiciones del puesto de trabajo de la afiliada embarazada influyen negativamente en su salud, en la del feto o en la de ambos, así como el riesgo específico que tales condiciones presentan para el embarazo, y en el caso de riesgo durante la lactancia natural, influyen negativamente en la salud de la madre o del hijo/a.

## PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

La base legal para el tratamiento de datos reside, fundamentalmente, en las Ley General de Seguridad Social (actualmente el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre) que establecieron la creación, entre otros del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y que dieron lugar al vigente Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 19 de Junio, y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 1726/2007 de 21 de diciembre y en la Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas.

 <b>ISFAS</b> MINISTERIO DE DEFENSA INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS	<b>INFORME MÉDICO DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL</b>	
	<b>CAUSA</b> <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo y lactancia	<input type="checkbox"/> Informe inicial      Fecha inicio baja ____/____/____ Recaída    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Informe sucesivo de seguimiento      N° Orden ____ <input type="checkbox"/> Alta      Fecha alta ____/____/____
<b>AFILIADO</b>		<b>FACULTATIVO</b>
<b>N° Afiliación</b>  <b>Apellidos y Nombre:</b>		<b>Apellidos y Nombre:</b> ..... <b>Especialidad:</b> ..... <b>N° Colegiado:</b> ..... <b>Entidad Médica:</b> ..... <b>Lugar, Fecha y Firma.</b>
<i>Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución)</i>		

**Ejemplar para el afiliado**

✂ (Cortar por aquí) -----

 <b>ISFAS</b> MINISTERIO DE DEFENSA INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS	<b>INFORME MÉDICO DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL</b>	
	<b>CAUSA</b> <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo y lactancia	<input type="checkbox"/> Informe inicial      Fecha inicio baja ____/____/____ Recaída    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Informe sucesivo o de seguimiento      N° Orden ____ <input type="checkbox"/> Propuesta de Alta      Fecha alta ____/____/____
<b>AFILIADO</b>		<b>FACULTATIVO</b>
<b>N° Afiliación</b>  <b>Apellidos y Nombre:</b>		<b>Apellidos y Nombre:</b> ..... <b>Especialidad:</b> ..... <b>N° Colegiado:</b> ..... <b>Entidad Médica:</b> ..... <b>Lugar, Fecha y Firma.</b>
<b>DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA</b> <i>(ver instrucciones)</i>		
<b>Código CIE-10</b> □□□    □□	<b>Duración probable: días</b> □□ <b>meses</b> □□	

**Ejemplar para el Órgano de Personal**