

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

Tipo de Contingencia: { Enfermedad común (EC) ☒ Accidente no laboral (ANL) ☐
Accidente de trabajo (AT) ☐ Enfermedad profesional (EP) ☐
Períodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA

SPS ☒ INSS/ISM ☐ MUTUA ☐

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido ROCHA		Segundo apellido DIAZ		Nombre EVELYN ANDREA		DNI-NIE-pasaporte 054755739F	
Nº Tarjeta Sanitaria AN1563890590	Nº de la Seg. Social 081130785751	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) JACINTO BENAVENTE		Número 26	Bloque	Escalera	Piso 1 Puerta 4
Localidad HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)		Provincia Almería		Código postal 04230	Teléfono móvil		Teléfono fijo 697480815
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229	

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP Leve⁽¹⁾ ☐ Grave⁽¹⁾ ☐ Muy grave⁽¹⁾ ☐

⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 20 días	Fecha de la siguiente revisión médica 03/04/2020
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------------------

P.9 PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 27/03/2020

Recaída: SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta⁽²⁾

P.9 ⁽²⁾ En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

FELIPE DE LA CALZADA CORDOBA

FELIPE DE LA CALZADA CORDOBA
LAB. MEDICINA Y CIRUGIA
Nº COL: 2318444170
Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
16084721

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
Fallecimiento ☐
Propuesta de incapacidad permanente ☐
Inicio de situación de maternidad ☐
Incomparecencia ☐

Ejemplar para la EMPRESA



PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

Tipo de Contingencia: { Enfermedad común (EC) ☒ Accidente no laboral (ANL) ☐
Accidente de trabajo (AT) ☐ Enfermedad profesional (EP) ☐
Períodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA		
SPS <input checked="" type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>

DATOS DEL TRABAJADOR		SITUACIÓN: ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>		PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
Primer apellido ROCHA		Segundo apellido DIAZ		Nombre EVELYN ANDREA	
Nº Tarjeta Sanitaria AN1563890590	Nº de la Seg. Social 081130785751	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) JACINTO BENAVENTE		Número 26	Bloque Escalera
Localidad HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)		Provincia Almería		Código postal 04230	Teléfono móvil Teléfono fijo 697480815
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.		Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229	

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en parte baja) / RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (en parte alta)

DIAGNÓSTICO		Código CIE-9 (Todas las contingencias)
CIE10 - Tendinitis calcificante, localización no especificada		M65.20
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:		
Fecha de AT o EP	Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	Código CIE-10 (Sólo en EP)
Código de enfermedad profesional	Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>	
Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾		
⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo		
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 20 días
		Fecha de la siguiente revisión médica 03/04/2020

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 27/03/2020

Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta⁽²⁾

P.9 ⁽²⁾ En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
FELIPE DE LA CALZADA CORDOBA	
FELIPE DE LA CALZADA CORDOBA LAB. MEDICINA Y CIRUGIA Nº COL: 237871-4772	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 16084721	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite
realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad
permanente ☐

Inicio de situación de
maternidad ☐

Incomparecencia ☐

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. 132.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

Contra este acto podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social.

En los casos de altas médicas por contingencia profesional emitida por una mutua, podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión de alta ante la entidad gestora (INSS/ISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto suspensivo del alta, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

Ejemplar para el TRABAJADOR