

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 ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido ANDUJAR		Segundo apellido GONZALEZ		Nombre MARIA DEL MAR		DNI-NIE-pasaporte 045589387Y	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0023344261	Nº de la Seg. Social 041002932139	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) CRA. HOSPITAL PSIQUIATRICO		Número 21	Bloque	Escalera	Piso Puerta D
Localidad CAÑADA DE SAN URBANO (LA) (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04120	Teléfono móvil		Teléfono fijo 657492934
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)

20141104

P.9

8-021

DIAGNÓSTICO NAUSEA				Código CIE-9 (Todas las contingencias) 787.02		
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA		Fecha de la siguiente revisión médica
		Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	2 días		27/07/2017

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 26/07/2017

Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta⁽²⁾ 27/07/2017

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Manuel Peña Martin	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 7966932	

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.

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 ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido ANDUJAR		Segundo apellido GONZALEZ		Nombre MARIA DEL MAR		DNI-NIE-pasaporte 045589387Y	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0023344261	Nº de la Seg. Social 041002932139	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) CRA. HOSPITAL PSIQUIATRICO		Número 21	Bloque	Escalera	Piso Puerta D
Localidad CAÑADA DE SAN URBANO (LA) (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04120	Teléfono móvil		Teléfono fijo 657492934
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⁾ <input type="checkbox"/>	Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>
(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo			
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input checked="" type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 2 días	Fecha de la siguiente revisión médica 27/07/2017

P.9 PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 26/07/2017

Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta⁽²⁾ 27/07/2017

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
Manuel Peña Martin
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado No especificado
Nº de identificación del facultativo 7966932

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐