



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 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
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 Código de enfermedad profesional Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾				Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo	Código CIE-10 (Sólo en EP)
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		

PARTE DE BAJA

Fecha de la baja 26/07/2017

Recaída: Sí NO

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Manuel Peña Martín	
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

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

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.



Tipo de Contingencia: {

Enfermedad común (EC)

Accidente no laboral (ANL)

Accidente de trabajo (AT)

Enfermedad profesional (EP)

Periodos de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA

SPS

INSS/ISM

MUTUA

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO

PERCEPTOR DE DESEMPLÉO 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
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⁾

Grave⁽¹⁾

Muy grave⁽¹⁾

(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto Medio
Corto Largo

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

8-021

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 Martín	
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