



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 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) 9210		

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 - Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles		Z20.828
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP <input type="checkbox"/> Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Código de enfermedad profesional <input type="checkbox"/> Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> <small>(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo</small>		Código CIE-10 (Sólo en EP)
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 50 días
		Fecha de la siguiente revisión médica

PARTE DE BAJA ☐

Fecha de la baja 01/04/2020

Recaída: SI ☐ NO ☐

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒

Fecha del alta⁽²⁾ 11/05/2020

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	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiada 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



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 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) 9210		

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 checked="" type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	50 días	

P.9 PARTE DE BAJA ☐

Fecha de la baja 01/04/2020

Recaída: SI ☐ NO ☐

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒

Fecha del alta⁽²⁾ 11/05/2020

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CAJAS DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
FELIPE DE LA CALZADA CORDOBA	
Firma, fecha y sello	
Nº de Colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 6084721	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite
realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad
permanente ☐

Inicio de situación de
maternidad ☐

Incomparecencia ☐