

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

<b>Tipo de Contingencia:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Períodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	<b>ENTIDAD EMISORA</b> <b>SPS</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>INSS/ISM</b> <input type="checkbox"/> <b>MUTUA</b> <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATOS DEL TRABAJADOR		SITUACIÓN:	ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			DNI-NIE-pasaporte	
EXPOSITO	LARA	ALICIA			075729771V	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...)		Número	Bloque	Escalera
AN0983932029	041032317782	SAGRADA FAMILIA		7		Piso 4º
Localidad		Provincia	Código postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo
ALMERIA (Almería)		Almería	04006			634898934
Nombre de la empresa			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO)		
LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				9229		

<b>CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:</b>						
Fecha de AT o EP ..... <small>(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo</small>			Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica		
			15 días			

20141104

P.9

<b>PARTE DE BAJA</b> <input type="checkbox"/>  Recaída: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<b>Fecha de la baja</b> 24/12/2021  Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....  <b>PARTE DE ALTA</b> <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Fecha del alta</b> <sup>(2)</sup> 06/01/2022	<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>  <b>CARMEN ROMO ESCASANY</b>  Firma, fecha y sello  <b>Nº de colegiado</b> No especificado  <b>Nº de identificación del facultativo</b> 20410	<b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>  Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Inicio de situación de maternidad <input type="checkbox"/> Incomparecencia
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8-021

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

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

<b>Tipo de Contingencia:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Períodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	<b>ENTIDAD EMISORA</b>  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	Segundo apellido	Nombre			DNI-NIE-pasaporte	
EXPOSITO	LARA	ALICIA			075729771V	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...)		Número	Bloque	Escalera
AN0983932029	041032317782	SAGRADA FAMILIA		7	4º	B
Localidad		Provincia	Código postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo
ALMERIA (Almería)		Almería	04006			634898934
Nombre de la empresa			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO)		
LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				9229		

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

		Código CIE-9 (Todas las contingencias)	
DIAGNÓSTICO  CIE10 - COVID-19		U07.1	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:  Fecha de AT o EP .....  Código de enfermedad profesional .....  Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> .....		Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>  Tipo de asistencia:      Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>  Código CIE-10 (Sólo en EP)	
(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 15 días	Fecha de la siguiente revisión médica

<b>PARTIDA DE BAJA</b> <input type="checkbox"/>  Recaída:      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....  <b>PARTIDA DE ALTA</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Fecha del alta<sup>(2)</sup></b> 06/01/2022	<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>  <b>CARMEN ROMO ESCASANY</b>  Firma, fecha y sello  <b>Nº de colegiado</b> No especificado  <b>Nº de identificación del facultativo</b> 20410	<b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>  Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input checked="" type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Inicio de situación de maternidad <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**P.9** <sup>(2)</sup> 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.