

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 EXPOSITO		Segundo apellido LARA		Nombre ALICIA			DNI-NIE-pasaporte 075729771V		
Nº Tarjeta Sanitaria AN0983932029	Nº de la Seg. Social 041032317782	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SAGRADA FAMILIA			Número 7	Bloque	Escalera	Piso 4º	Puerta B
Localidad ALMERIA (Almería)				Provincia Almería		Código postal 04006	Teléfono móvil		Teléfono fijo 634898934
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"/>	Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>
⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo				
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input checked="" type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	15 días

20141104

P.9

8-021

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la baja 24/12/2021

Recaída: SÍ ☐ NO ☐

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta⁽²⁾ 06/01/2022

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
CARMEN ROMO ESCASANY
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado No especificado
Nº de identificación del facultativo 20410

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

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 EXPOSITO		Segundo apellido LARA		Nombre ALICIA			DNI-NIE-pasaporte 075729771V		
Nº Tarjeta Sanitaria AN0983932029	Nº de la Seg. Social 041032317782	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SAGRADA FAMILIA			Número 7	Bloque	Escalera	Piso 4º	Puerta B
Localidad ALMERIA (Almería)			Provincia Almería		Código postal 04006	Teléfono móvil		Teléfono fijo 634898934	
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 CIE10 - COVID-19		Código CIE-9 (Todas las contingencias) U07.1
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 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		Código CIE-10 (Sólo en EP)
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

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la baja 24/12/2021

Recaída: SÍ ☐ NO ☐

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta⁽²⁾ 06/01/2022

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

CARMEN ROMO ESCASANY

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
20410

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.