

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

Tipo de Contingencia:	<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"/>	Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	ENTIDAD EMISORA 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 GOMEZ		Segundo apellido TADEO	Nombre MARIA CONCEPCION			DNI-NIE-pasaporte 052863851F	
Nº Tarjeta Sanitaria AN1657351912	Nº de la Seg. Social 280445910812	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NIEVES (LAS)			Número 11	Bloque BJ	Escalera A
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería	Código postal 04009	Teléfono móvil		Teléfono fijo 629029000	
Nombre de la empresa C. T. A. M. DELSUR SOCIEDAD LIMI			Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO) 9229

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"/> <small>⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo</small>							
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"/> 11 días			

P.9 PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Recaída: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Fecha de la baja <input type="checkbox"/> 04/01/2022 Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída <input type="checkbox"/>	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 <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
PARTE DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> <small>P.9 ⁽²⁾ En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.</small>	Fecha del alta⁽²⁾ <input type="checkbox"/> 14/01/2022		

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

Tipo de Contingencia:	<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"/>	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	ENTIDAD EMISORA 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 DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>			
Primer apellido	Segundo apellido			Nombre MARIA CONCEPCION DNI-NIE-pasaporte 052863851F			
GOMEZ	TADEO			Número 11	Bloque <input type="checkbox"/>	Escalera <input type="checkbox"/>	Piso BJ Puerta A
Nº Tarjeta Sanitaria AN1657351912	Nº de la Seg. Social 280445910812	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NIEVES (LAS)			Código postal 04009	Teléfono móvil <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo 629029000
Localidad ALMERIA (Almería)			Provincia Almería	Código postal 04009	Teléfono móvil <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo 629029000	
Nombre de la empresa C. T. A. M. DELSUR SOCIEDAD LIMI			Puesto de trabajo <input type="checkbox"/>	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 <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"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo <input type="checkbox"/>		Código CIE-10 (Sólo en EP) U07.1
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 11 días
		Fecha de la siguiente revisión médica

PARTIDA DE BAJA <input type="checkbox"/> Recaída: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída <input type="checkbox"/>	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 <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"/>
PARTIDA DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> Fecha del alta⁽²⁾ 14/01/2022		

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.