

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: { Enfermedad Común (EC) ☐ Accidente no Laboral (ANL) ☐
 Accidente de Trabajo (AT) ☒ Enfermedad Profesional (EP) ☐
 Periodo de observación por enfermedad profesional ☐



DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO ☐ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido PARRA		Segundo apellido SANCHEZ		Nombre ELISABETH		DNI-NIE-Pasaporte 52435845 P	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 080546479737	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle BULEVARD CIUDAD DE VICAR			Número 951	Bloque	Escalera
Localidad VÍCAR		Provincia ALMERÍA		Código postal 04738	Teléfono móvil 600908906		Piso 600908906
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo Otro personal de limpieza			Código nacional de ocupación (CNO) 9 2 2 9		

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

DIAGNÓSTICO Contractura, rodilla no especificada		Código CIE-9 (Todas las contingencias) 718.46
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha del AT o EP 2 6 0 4 2 0 2 1 Código de enfermedad profesional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Parte del cuerpo dañada (1) 6 2 (1) Sólo en caso de accidente de trabajo		
Leve (1) <input checked="" type="checkbox"/> Grave (1) <input type="checkbox"/> Muy grave (1) <input type="checkbox"/> Tipo de asistencia: Ambulatoria <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>		Código CIE-10 (Sólo EP)
TIPO DE PROCESO Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> días	Fecha de la siguiente revisión médica <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la baja 2 7 0 4 2 0 2 1

Recalda: SI ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recalda

PARTE DE ALTA ☒ Fecha de Alta (2) 1 4 0 5 2 0 2 1

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

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR Firmado electrónicamente por María Piedad García Lopez Almería, En fecha 17/05/2021 a las 12:27:06 Firma, fecha y sello Nº Colegiado 0 4 1 8 1 1 4 1 0 7 Nº de identificación del facultativo <input type="text"/>

CAUSAS DE LA 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 alta médica 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 del alta ante la entidad gestora (INSS/IMS) 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

Tipo de contingencia: { Enfermedad Común (EC) ☐ Accidente no Laboral (ANL) ☐
 Accidente de Trabajo (AT) ☒ Enfermedad Profesional (EP) ☐
 Período de observación por enfermedad profesional ☐



DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO ☐

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido PARRA		Segundo apellido SANCHEZ		Nombre ELISABETH		DNI-NIE-Pasaporte 52435845 P	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 080546479737	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle BULEVARD CIUDAD DE VICAR			Número 951	Bloque	Escalera
Localidad VÍCAR		Provincia ALMERÍA		Código postal 04738	Teléfono móvil 600908906		Piso
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo Otro personal de limpieza			Teléfono fijo 600908906		
					Código nacional de ocupación (CNO) 9 2 2 9		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP

2 | 6 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1

Leve (1) ☒

Grave (1) ☐

Muy grave (1) ☐

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto ☐

Medio ☐

DURACIÓN ESTIMADA

Fecha de la siguiente revisión médica

Corto ☒

Largo ☐

días

PARTE DE BAJA ☐

Fecha de la baja

2 | 7 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1

Recalda:

SI ☐

NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del
que es recalda

PARTE DE ALTA ☒

Fecha de Alta (2)

1 | 4 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 1

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

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS /
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Firmado electrónicamente por

María Piedad García Lopez
Almería, En fecha 17/05/2021 a las 12:27:06

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

0 | 4 | 1 | 8 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 7

Nº de identificación del facultativo

CAUSAS DE LA ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar
trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

Ejemplar para la EMPRESA