

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 DESEMPEÑO 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	Piso	Puerta
Localidad VÍCAR		Provincia ALMERÍA	Código postal 04738	Teléfono móvil 600908906		Teléfono fijo 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	Leve (1) <input checked="" type="checkbox"/> Grave (1) <input type="checkbox"/> Muy grave (1) <input type="checkbox"/>	
Código de enfermedad profesional	_____	Ambulatoria <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>	
Parte del cuerpo dañada (1)	6 2	Código CIE-10 (Sólo EP)	
(1) Sólo en 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	Fecha de la siguiente revisión médica
		_____ 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 Maria Piedad Garcia 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 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 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)
 Periodo de observación por enfermedad profesional



DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN: ACTIVO **PERCEPTOR DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO**

Primer apellido PARRA		Segundo apellido SANCHEZ	Nombre ELISABETH		DNI-NIE-Pasaporte 52435845 P			
Nº Tarjeta Sanitaria 080546479737	Nº de la Seg. Social 080546479737	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle BULEVARD CIUDAD DE VICAR		Número 951	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad VÍCAR		Provincia ALMERÍA	Código postal 04738	Teléfono móvil 600908906		Teléfono fijo 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			

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

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

Recaída: SI NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

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 Maria Piedad Garcia 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 DEL ALTA MÉDICA:

- Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Fallecimiento
- Propuesta de incapacidad permanente
- Inicio de situación de maternidad
- Incomparecencia