

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 SANCHEZ		Segundo apellido NAVARRO		Nombre VERONICA		DNI-NIE-pasaporte 045739762F	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0181749911	Nº de la Seg. Social 141017918673	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) LARGO CABALLERO		Número 119	Bloque	Escalera	Piso 3
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04008	Teléfono móvil		Teléfono fijo 620052469
Nombre de la empresa --				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)

20141104	DIAGNÓSTICO AMIGDALITIS Y ADENOIDITIS CRONICA		Código CIE-9 (Todas las contingencias) 474.02
	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 CIE-10 (Sólo en EP)
	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		
8-021	TIPO DE PROCESO Muy corto <input checked="" type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 4 días	Fecha de la siguiente revisión médica 17/02/2017

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 15/02/2017

Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta⁽²⁾ 17/02/2017

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR GLORIA FERNANDEZ DEL OLMO Firma, fecha y sello Nº de colegiado No especificado Nº de identificación del facultativo 7912570
--

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incapacidad ☐

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 44 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.

Ejemplar para el TRABAJADOR

118381798802124