



**Tipo de Contingencia:** { Enfermedad común (EC)  Accidente de trabajo (AT)

Accidente no laboral (ANL)  Enfermedad profesional (EP)

Períodos de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA

SPS  INSS/ISM  MUTUA

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

PERCEPTOR DE DESEMPLÉO CONTRIBUTIVO

Primer apellido SANCHEZ		Segundo apellido NAVARRO	Nombre VERONICA			DNI-NIE-pasaporte 045730762F	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0181749911	Nº de la Seg. Social 141017918673	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) LARGO CABALLERO			Número 119	Bloque	Escalera
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

P.9

8-021

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 <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	
Código de enfermedad profesional	Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/>		Hospitalaria <input type="checkbox"/>	Código CIE-10 (Sólo en EP)
Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup>				
(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo				
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	4 días	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<sup>(2)</sup> 17/02/2017

P.9<sup>(2)</sup> 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 la 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.

118381798802124