

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

Tipo de Contingencia:	Enfermedad común (EC) <input checked="" type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/> Períodos de observación por enfermedad profesional <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 PEÑA		Segundo apellido SEGURA		Nombre MARIA DOLORES		DNI-NIE-pasaporte 075259549F	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0029636935	Nº de la Seg. Social 041010346373	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) VOLANTIN			Número 14	Bloque	Escalera
Localidad ALQUIAN (EL) (Almería)			Provincia Almería	Código postal 04130	Teléfono móvil 646741742		Teléfono fijo 646741742
Nombre de la empresa EMPRESA NO ESPECIFICADA			Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO) 9490

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"/>					
<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"/>	7 días	

P.9 PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Recaída: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída PARTE DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> P.9 (2) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.	DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR SILVIA BELTRAN PADILLA Firma, fecha y sello Nº de colegiado No especificado Nº de identificación del facultativo 3000448355	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"/>
---	--	--

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 DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>			
Primer apellido PEÑA		Segundo apellido SEGURA		Nombre MARIA DOLORES		DNI-NIE-pasaporte 075259549F	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0029636935	Nº de la Seg. Social 041010346373	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) VOLANTIN			Número 14	Bloque	Escalera
Localidad ALQUIAN (EL) (Almería)			Provincia Almería	Código postal 04130	Teléfono móvil 646741742		Teléfono fijo 646741742
Nombre de la empresa EMPRESA NO ESPECIFICADA			Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO) 9490

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

		Código CIE-9 (Todas las contingencias)	
DIAGNÓSTICO CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19		Z20.822	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP Código de enfermedad profesional Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾		Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>	
(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo		Código CIE-10 (Sólo en EP)	
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 7 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 PARTIDA DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> Fecha del alta ⁽²⁾ 23/01/2022	DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR SILVIA BELTRAN PADILLA Firma, fecha y sello Nº de colegiado No especificado Nº de identificación del facultativo 3000448355	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"/> Incomparcencia <input type="checkbox"/>
---	--	---

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.