

g.martin04@hotmail.com
PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

| | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|--|--|
| Tipo de Contingencia: | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) | <input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) | ENTIDAD EMISORA | | |
| | <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) | <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) | | | |
| Períodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 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 MARTIN | | Segundo apellido OCAÑA | | Nombre GERTRUDIS | | | | DNI-NIE-pasaporte 027503633A | |
| Nº Tarjeta Sanitaria AN0017645917 | Nº de la Seg. Social 040037193752 | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) BOLIVIA | | | Número 2 | Bloque 3 | Escalera | Piso 6º | Puerta E |
| Localidad ALMERIA (Almería) | | | Provincia Almería | | Código postal 04009 | Teléfono móvil | | Teléfono fijo 649022661 | |
| Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L. | | | 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 | | | | Código CIE-9 (Todas las contingencias) Z20.828 |
| CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles | | | | |
| 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 | | | | |
| 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"/> | 10 días | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| PARTDE BAJA <input type="checkbox"/> | Fecha de la baja 12/04/2021 | DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR | | CAUSAS DEL ALTA MÉDICA: |
| Recaída: | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | MARIA DEL MAR ZABALLOS ACOSTA  Firma, fecha y sello Nº de colegiado No especificado Nº de identificación del facultativo 16947112 | | 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"/> |
| PARTDE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> | Fecha del alta⁽²⁾ 13/04/2021 | | | |
| 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.

652085808002292

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.

Ejemplar para el TRABAJADOR

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"/> | ENTIDAD EMISORA | |
| | Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/> | Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/> | SPS <input checked="" type="checkbox"/> | INSS/ISM <input type="checkbox"/> |
| | Periodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/> | | MUTUA <input type="checkbox"/> | |
| | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------|----------------|--|---------------------------------|----------------|
| Primer apellido MARTIN | | Segundo apellido OCAÑA | Nombre GERTRUDIS | | | DNI-NIE-pasaporte 027503633A | |
| Nº Tarjeta Sanitaria AN0017645917 | Nº de la Seg. Social 040037193752 | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) BOLIVIA | | | Número 2 | Bloque 3 | Escalera 6º |
| Localidad ALMERIA (Almería) | | Provincia Almería | Código postal 04009 | Teléfono móvil | | Teléfono fijo 649022661 | |
| Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L. | | | Puesto de trabajo | | Código nacional de ocupación (CNO) 9229 | | |

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP Leve⁽¹⁾ Grave⁽¹⁾ Muy grave⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo

20141104

| | | | |
|-----------------|---|-------------------|---------------------------------------|
| 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 |
| | | 10 días | |

P.9 PARTE DE BAJA

Fecha de la baja 12/04/2021

Recaída: SÍ NO

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA

Fecha del alta⁽²⁾ 13/04/2021

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

| | |
|--|--|
| DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR | |
| MARIA DEL MAR ZABALLOS ACOSTA | |
|  | |
| Firma, fecha y sello | |
| Nº de colegiado No especificado | |
| Nº de identificación del facultativo 16947112 | |

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

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

652085808002292

Ejemplar para la EMPRESA