

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 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
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)
	CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles		Z20.828
	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 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		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 10 días

PARTE DE BAJA ☐

Fecha de la baja 12/04/2021

Recaída: SI ☐ 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 ☐

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.

Ejemplar para el TRABAJADOR

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 ☒ INSS/ISM ☐ MUTUA ☐

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 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	

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

TIPO DE PROCESO Muy corto ☐ Medio ☐ DURACIÓN ESTIMADA Fecha de la siguiente revisión médica
Corto ☒ Largo ☐ 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 ☐

Ejemplar para la EMPRESA