

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 FERNANDEZ		Segundo apellido MARQUEZ		Nombre TRINIDAD		DNI-NIE-pasaporte 034849318V	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0016360867	Nº de la Seg. Social 040035570721	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NUEVA ALMERIA		Número 23	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04007	Teléfono móvil 630418200		Teléfono fijo 655936481
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 5710	

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

DIAGNÓSTICO		Código CIE-9 (Todas las contingencias)
CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles		Z20.828
COMPLIMENTAR 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	Fecha de la siguiente revisión médica 08/02/2021

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 01/02/2021

Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta⁽²⁾

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
M GUADALUP CRUZ GRANADOS

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
74465

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

trini fernandez 2410@gmail.com

20141104

P.9

B-021

151085480002290

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 FERNANDEZ		Segundo apellido MARQUEZ		Nombre TRINIDAD		DNI-NIE-pasaporte 034849318V	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0016360867	Nº de la Seg. Social 040035570721	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NUEVA ALMERIA		Número 23	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04007	Teléfono móvil 630418200		Teléfono fijo 655936481
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 5710	

COMPLIMENTAR 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 ☐

Corto ☒

Largo ☐

DURACIÓN ESTIMADA

10 días

Fecha de la siguiente revisión médica

08/02/2021

P.9

PARTE DE BAJA ☒

Fecha de la baja 01/02/2021

Recaída:

SÍ ☐

NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐

Fecha del alta⁽²⁾

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
M GUADALUP CRUZ GRANADOS

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
74465

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite
realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad
permanente ☐

Inicio de situación de
maternidad ☐

Incomparecencia ☐