

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
Localidad ALMERIA (Almeria)			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 CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles			Código CIE-9 (Todas las contingencias) Z20.828
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP <input type="checkbox"/> Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Código de enfermedad profesional <input type="checkbox"/> 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"/> <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 10 días	Fecha de la siguiente revisión médica 08/02/2021

P.9
B-021
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⁾

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.

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

tini fernandez 2410 @ gmaile.com

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 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
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		

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
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: SI NO

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA

Fecha del alta⁽²⁾

P.9 ⁽²⁾ En las 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