

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 GOMEZ		Segundo apellido TADEO		Nombre MARIA CONCEPCION			DNI-NIE-pasaporte 052863851F		
Nº Tarjeta Sanitaria AN1657351912	Nº de la Seg. Social 280445910812	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NIEVES (LAS)			Número 11	Bloque	Escalera	Piso BJ	Puerta A
Localidad ALMERIA (Almería)				Provincia Almería		Código postal 04009	Teléfono móvil		Teléfono fijo 629029000
Nombre de la empresa C. T. A. M. DELSUR SOCIEDAD LIMÍ					Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:				
Fecha de AT o EP .....		Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>
<sup>(1)</sup> 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"/>	5 días .....	08/01/2022 .....

20141104

8-021

P.9 PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 04/01/2022 .....

Recaída: SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta<sup>(2)</sup>

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
CARMEN ROMO ESCASANY
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado No especificado
Nº de identificación del facultativo 20410

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

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 <input checked="" type="checkbox"/>		PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>					
Primer apellido GOMEZ		Segundo apellido TADEO		Nombre MARIA CONCEPCION		DNI-NIE-pasaporte 052863851F			
Nº Tarjeta Sanitaria AN1657351912	Nº de la Seg. Social 280445910812	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NIEVES (LAS)			Número 11	Bloque	Escalera	Piso BJ	Puerta A
Localidad ALMERIA (Almería)			Provincia Almería		Código postal 04009	Teléfono móvil		Teléfono fijo 629029000	
Nombre de la empresa C. T. A. M. DELSUR SOCIEDAD LIMÍ				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		DIAGNÓSTICO CIE10 - Nasofaringitis aguda [resfriado común]		Código CIE-9 (Todas las contingencias) J00			
P.9		CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP ..... Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Código de enfermedad profesional ..... Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> ..... <sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo			Código CIE-10 (Sólo en EP)		
8-021		TIPO DE PROCESO Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>		DURACIÓN ESTIMADA 5 días		Fecha de la siguiente revisión médica 08/01/2022	

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 04/01/2022

Recaída: SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída .....

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta<sup>(2)</sup>

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/  
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

CARMEN ROMO ESCASANY

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado  
No especificado

Nº de identificación del facultativo  
20410

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.