

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 PEÑA		Segundo apellido SEGURA		Nombre MARIA DOLORES		DNI-NIE-pasaporte 075259549F			
Nº Tarjeta Sanitaria AN0029636935	Nº de la Seg. Social 041010346373	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) VOLANTIN			Número 14	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad ALQUIAN (EL) (Almería)			Provincia Almería		Código postal 04130	Teléfono móvil 646741742		Teléfono fijo 646741742	
Nombre de la empresa EMPRESA NO ESPECIFICADA				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9490			

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"/>
⁽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"/>	7 días	23/01/2022

20141104

P.9

8-021

PARTE DE BAJA <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de la baja 17/01/2022
Recaída: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída	
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	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
SILVIA BELTRAN PADILLA
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado No especificado
Nº de identificación del facultativo 3000448355

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:
Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input 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"/>

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 PEÑA		Segundo apellido SEGURA		Nombre MARIA DOLORES		DNI-NIE-pasaporte 075259549F			
Nº Tarjeta Sanitaria AN0029636935	Nº de la Seg. Social 041010346373	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) VOLANTIN			Número 14	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad ALQUIAN (EL) (Almería)			Provincia Almería		Código postal 04130	Teléfono móvil 646741742		Teléfono fijo 646741742	
Nombre de la empresa EMPRESA NO ESPECIFICADA				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9490			

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

20141104		DIAGNÓSTICO CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19		Código CIE-9 (Todas las contingencias) Z20.822			
P.9		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					
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 7 días		Fecha de la siguiente revisión médica 23/01/2022	

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 17/01/2022

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

SILVIA BELTRAN PADILLA

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
3000448355

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.