

## PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

<b>Tipo de Contingencia:</b>	Enfermedad común (EC) <input checked="" type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/> Períodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	<b>ENTIDAD EMISORA</b>  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
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

<b>CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:</b> 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"/>					
<small><sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo</small>					
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

<b>P.9 PARTE DE BAJA</b> <input checked="" type="checkbox"/>  Recaída:      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>  Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....  <b>PARTE DE ALTA</b> <input type="checkbox"/> <b>Fecha del alta<sup>(2)</sup></b>	<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>  <b>SILVIA BELTRAN PADILLA</b>  Firma, fecha y sello  <b>Nº de colegiado</b> No especificado  <b>Nº de identificación del facultativo</b> 3000448355	<b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>  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"/> Incomparcencia <input type="checkbox"/>
--	--	--

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

## PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

<b>Tipo de Contingencia:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común (EC)	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL)	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT)	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP)	<input type="checkbox"/> Períodos de observación por enfermedad profesional	<b>ENTIDAD EMISORA</b> <b>SPS</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>INSS/ISM</b> <input type="checkbox"/> <b>MUTUA</b> <input type="checkbox"/>
------------------------------	---	---	--	--	---	---

DATOS DEL TRABAJADOR		SITUACIÓN:	ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	PERCEPTOR DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>			
Primer apellido <b>PEÑA</b>		Segundo apellido <b>SEGURA</b>		Nombre <b>MARIA DOLORES</b>		DNI-NIE-pasaporte <b>075259549F</b>	
Nº Tarjeta Sanitaria <b>AN0029636935</b>	Nº de la Seg. Social <b>041010346373</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) <b>VOLANTIN</b>			Número <b>14</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>ALQUIAN (EL) (Almería)</b>		Provincia <b>Almería</b>	Código postal <b>04130</b>	Teléfono móvil <b>646741742</b>		Teléfono fijo <b>646741742</b>	
Nombre de la empresa <b>EMPRESA NO ESPECIFICADA</b>			Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO) <b>9490</b>

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

DIAGNÓSTICO <b>CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19</b>		Código CIE-9 (Todas las contingencias) <b>Z20.822</b>	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:  Fecha de AT o EP .....  Código de enfermedad profesional .....  Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> .....		Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>  Tipo de asistencia:      Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <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"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA <b>7 días</b>	Fecha de la siguiente revisión médica <b>23/01/2022</b>

<b>PARTIDA DE BAJA</b> <input checked="" type="checkbox"/>  Recaída:      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>  Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....  <b>PARTIDA DE ALTA</b> <input type="checkbox"/>  <b>Fecha del alta<sup>(2)</sup></b>	<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>  <b>SILVIA BELTRAN PADILLA</b>  Firma, fecha y sello  <b>Nº de colegiado</b> No especificado  <b>Nº de identificación del facultativo</b> <b>3000448355</b>	<b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>  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"/> Incomparcencia <input type="checkbox"/>
---	---	--

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

**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.