



## 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 DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO 

Primer apellido <b>MIMOUNT</b>		Segundo apellido	Nombre <b>LOUKI</b>		DNI-NIE-pasaporte <b>X8514376Y</b>	
Nº Tarjeta Sanitaria <b>AN1161122342</b>	Nº de la Seg. Social <b>401005329964</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) <b>EMILIO VICIANA GONGORA</b>		Número <b>5</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>ALMERIA (Almería)</b>		Provincia <b>Almería</b>	Código postal <b>04006</b>	Teléfono móvil		Teléfono fijo <b>690757913</b>
Nombre de la empresa <b>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.</b>		Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) <b>9210</b>		

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

DIAGNÓSTICO <b>ABORTO DIFERIDO (#)</b>				Código CIE-9 (Todas las contingencias) <b>632</b>	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> (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 11 días			Fecha de la siguiente revisión médica	

PARTE DE BAJA  Fecha de la baja **31/01/2018**Recaída: Sí  NO Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída PARTE DE ALTA  Fecha del alta<sup>(2)</sup> **06/02/2018**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	
<b>ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ</b>  Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo <b>45163</b>	

## 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.