

**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"/>	<b>ENTIDAD EMISORA</b>		
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>			
	Períodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>				
	SPS <input checked="" type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>		

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		<b>SITUACIÓN:</b>	<b>ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/></b>	<b>PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/></b>			
Primer apellido JIMENEZ		Segundo apellido GONZALEZ	Nombre MARIA VICTORIA			DNI-NIE-pasaporte 075258988K	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0030707874	Nº de la Seg. Social 041011504414	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) LARGO CABALLERO. DUPLEX 1			Número 68	Bloque	Escalera
Localidad ALMERIA (Almería)			Provincia Almería	Código postal 04008	Teléfono móvil 650813981		Teléfono fijo 950274496
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.			Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:							
Fecha de AT o EP .....  (1) Sólo en el caso de accidente de trabajo				Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 4 días			Fecha de la siguiente revisión médica 07/07/2022	
Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>						

P.9 <b>PARTE DE BAJA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha de la baja</b> 04/07/2022	<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>	<b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>
Recaída:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	MARIA DEL MAR MENGIBAR GOMEZ	Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....  8-021		Firma, fecha y sello	Fallecimiento <input type="checkbox"/>
<b>PARTE DE ALTA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha del alta<sup>(2)</sup></b> 07/07/2022	Nº de colegiado No especificado	Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/>
P.9 <sup>(2)</sup> En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.		Nº de identificación del facultativo 7961575	Inicio de situación de maternidad <input type="checkbox"/>
			Incomparecencia <input type="checkbox"/>

**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"/>	<b>ENTIDAD EMISORA</b>		
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>			
	Períodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>				
			SPS <input checked="" type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		<b>SITUACIÓN:</b>	<b>ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/></b>	<b>PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/></b>			
Primer apellido JIMENEZ	Segundo apellido GONZALEZ			Nombre MARIA VICTORIA	DNI-NIE-pasaporte 075258988K		
Nº Tarjeta Sanitaria AN0030707874	Nº de la Seg. Social 041011504414	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) LARGO CABALLERO. DUPLEX 1		Número 68	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04008	Teléfono móvil 650813981	Teléfono fijo 950274496	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.		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)**

DIAGNÓSTICO CIE10 - Nasofaringitis aguda [resfriado común]			Código CIE-9 (Todas las contingencias) J00
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)
TIPO DE PROCESO Muy corto <input checked="" type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 4 días		Fecha de la siguiente revisión médica 07/07/2022

<b>PARTIDA DE BAJA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha de la baja</b> 04/07/2022	<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>	<b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>
Recaída: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		<b>MARIA DEL MAR MENGIBAR GOMEZ</b>	Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....  <b>PARTIDA DE ALTA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha del alta<sup>(2)</sup></b> 07/07/2022	Firma, fecha y sello	Fallecimiento <input type="checkbox"/>
		Nº de colegiado No especificado	Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/>
		Nº de identificación del facultativo 7961575	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.