

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 ☐
EMPRESA COLABORADORA ☐

DATOS DE LA PERSONA

SITUACIÓN:

ACTIVO ☒

PERCEPTOR/A DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido MILLAN		Segundo apellido MARIN		Nombre ANA MARIA		DNI-NIE-pasaporte 075719185B	
Nº Tarjeta AN0027609130	Nº de la Seg Social 041008160439	Domicilio habitual (Calle, plaza ...) ALHADRA			Número 44	Bloque	Escalera
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04009	Telefono móvil	Telefono fijo 643389598	
Nombre de la empresa ANDUJAR RODRIGUEZ MARIA DEL ROCIO				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)

DIAGNOSTICO CIE10 - Cólico renal no especificado		Codigo CIE-9/10 (Todas las contingencias) N23	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP		Leve ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>	Grave ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>
Código de enfermedad profesional	Tipo de asistencia	Ambulatoria <input type="checkbox"/>	Hospitalaria <input type="checkbox"/>
Parte del cuerpo dañada ⁽²⁾	Codigo 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 10 días	Fecha de la siguiente revisión médica ⁽³⁾ 25/08/2025

PARTE DE BAJA ☒

Fecha de la baja 18/08/2025

Recaída Si ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

Fecha de baja del proceso anterior
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐

Fecha del alta⁽⁴⁾

FACULTATIVO/A-CIAS ☒

MEDICO/A INSPECTOR/A ☐

CRISTINA RODRÍGUEZ SAN PIO

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado/a
No especificado

Nº de identificación del facultativo/a
18937834

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejora que permite
realizar trabajo habitual ☐
Fallecimiento ☐
Propuesta de incapacidad
permanente ☐
Nacimiento y cuidado de
menor ☐
Incomparecencia ☐

RECUERDE: Si el INSS-ISM o la MUTUA, le cita a reconocimiento medico tiene la obligacion de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación sera suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 132.3 de la Ley General de la Seguridad Social

(1) Documento sanitario similar

(2) Sólo en caso de accidente de trabajo.

(3) Si no comparece en la fecha de la siguiente revision medica, se podra emitir el alta por incomparecencia

(4) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

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 revision 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.

Le informamos que sus datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación de Incapacidad Temporal, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y OTRAS PRESTACIONES DE CORTA DURACIÓN". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: consultas-inss-sscc-proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: www.seg-social.es

Ejemplar para la PERSONA TRABAJADORA