

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"/>
EMPRESA COLABORADORA <input type="checkbox"/>		

DATOS DE LA PERSONA		SITUACIÓN:	ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	PERCEPTOR/A DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>			
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		Teléfono móvil	Teléfono 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)

DIAGNÓSTICO CIE10 - Cólico renal no especificado			Código 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"/>	Muy grave ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>	
Código de enfermedad profesional	Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/>		Hospitalaria <input type="checkbox"/>	Código CIE-10 (Solo en EP) N23
Parte del cuerpo dañada ⁽²⁾				
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica ⁽³⁾
	Corto <input checked="" type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	10 días	25/08/2025

PARTE DE BAJA <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de la baja 18/08/2025	FACULTATIVO/A-CIAS <input checked="" type="checkbox"/> MEDICO/A INSPECTOR/A <input type="checkbox"/> CRISTINA RODRÍGUEZ SAN PIO <i>Firma, fecha y sello</i> Nº de colegiado/a No especificado Nº de identificación del facultativo/a 18937834	CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:
P.9 Recada	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Curación/Mejora que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/>
8-021 V/B	Fecha de baja del proceso inicial del que es reclada	Fallecimiento <input type="checkbox"/>	
	Fecha de baja del proceso anterior del que es reclada	Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/>	
		Nacimiento y cuidado de menor <input type="checkbox"/>	
		Incomparecencia <input type="checkbox"/>	
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha del alta⁽⁴⁾		

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.

(1) Documento sanitario similar

(2) Sólo en caso de accidente de trabajo

(3) Si no comparece en la fecha de la siguiente revisión médica, se podrá 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 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.

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@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: www.seg-social.es