

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9/1)

Tipo de Contingencia: {

- Enfermedad común (EC)
- Accidente no laboral (ANL)
- Accidente de trabajo (AT)
- Enfermedad profesional (EP)
- Periodos de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA
SPS MUTUA
EMPRESA COLABORADORA

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA⁽¹⁾: AN0029478196

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 041047513945

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 076631324Q

NOMBRE Y APELLIDOS: QUESADA ZOYO, JESSICA

EMPRESA: LIMPIEZAS AJARDINAMIENTOS Y SERV.SERALIA, S.A.

SITUACIÓN
ACTIVO PERCEPTOR
DE DESEMPLEO
CONTRIBUTIVO

FECHA DE LA BAJA: 19/05/2025
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN: 25/05/2025
Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN: 1
TIPO DE PROCESO: Muy corto Medio Corto Largo
DURACIÓN ESTIMADA: 15 días
Fecha de la siguiente revisión médica⁽²⁾: 02/06/2025

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

(Todas las contingencias) Código CIE-9/10 M54.2 Código CIE-10 (Sólo en EP)

CIE10 - Cervicalgia

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

20230712

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

P.9/1 ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO⁽³⁾

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMENTO DE LOS 365 DÍAS DE LA IT⁽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.

8/22 V.6

FACULTATIVO/A-CIAS <input checked="" type="checkbox"/>	
MÉDICO/A INSPECTOR/A <input type="checkbox"/>	
ANTONIO LUIS GUILLEN MEGIAS	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 16934075	

(1) Documento sanitario similar.

(2) Si no comparece en la fecha de la siguiente revisión médica, se podrá emitir el alta por incomparecencia.

(3) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.

(4) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación.

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