



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) ☐
Períodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA

SPS ☒ MUTUA ☐
EMPRESA COLABORADORA ☐

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA ⁽¹⁾ :	AN0029478196	SITUACIÓN	ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
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.			

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

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

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

CIE10 - Cervicalgia

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO⁽³⁾ ☐

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO 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.

FACULTATIVO/A-CIAS ☒

MÉDICO/A INSPECTOR/A ☐

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