

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia:
 Enfermedad común (EC) Accidente no laboral (ANL)
 Accidente de trabajo (AT) Enfermedad profesional (EP)
 Periodo de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA		
SPS <input type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI-NIE-pasaporte			
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia	Código postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo			
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo			Código nacional de ocupación (CNO)				

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP Leve⁽¹⁾ Grave⁽¹⁾ Muy grave⁽¹⁾

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> días	<input type="text"/>

20141104

8-021

P.9 PARTE DE BAJA Fecha de la baja

Recaída: SÍ NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA Fecha del alta⁽²⁾

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado
Nº de identificación del facultativo

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad permanente

Inicio de situación de maternidad

Incomparecencia

P.9 (2) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

Ejemplar para la EMPRESA