

## ANEXO II

### Parte médico de confirmación de incapacidad temporal. (P.9/1)

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN 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

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

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: .....	<b>SITUACIÓN</b>
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: .....	ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR <input type="checkbox"/>
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: .....	DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS: .....	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
EMPRESA: .....	

20140731

FECHA DE LA BAJA	<input type="text"/>		
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	<input type="text"/>	Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	<input type="text"/>
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> días
			Fecha de la siguiente revisión médica
			<input type="text"/>

P.9/1

**DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN .....	(Todas las contingencias)	(Sólo en EP)
	Código CIE-9 <input type="text"/>	Código CIE-10 <input type="text"/>
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA .....		
.....		

8-022

**SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS**

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO <input type="checkbox"/>
--

**PASE A CONTROL DEL INSS**

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT <input type="text"/>
--

**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.

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado
<input type="text"/>
Nº de identificación del facultativo
<input type="text"/>

Ejemplar para el TRABAJADOR