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 ☐ **INSS/ISM** ☐ **MUTUA** ☐

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

20141104

TIPO DE PROCESO Muy corto ☐ Medio ☐ Corto ☐ Largo ☐

DURACIÓN ESTIMADA ☐☐☐ días

Fecha de la siguiente revisión médica ☐☐☐☐☐☐

P.9

PARTE DE BAJA ☐ **Fecha de la baja** ☐☐☐☐☐☐

Recaída: SÍ ☐ NO ☐

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída ☐☐☐☐☐☐

8-021

PARTE DE ALTA ☐ **Fecha del alta**(2) ☐☐☐☐☐☐

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

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 ☐

Ejemplar para la EMPRESA