

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 BELDA		Segundo apellido BILBAO		Nombre PABLO		DNI-NIE-pasaporte 42089269M	
Nº Tarjeta Sanitaria BLBL660117912016	Nº de la Seg. Social 380055964833	Domicilio habitual: (Calle, Plaza...) RAMBLA SANTA CRUZ 153 PISO 3º PTA D		Número	Bloque	Escalera	Piso
Localidad SANTA CRUZ DE TENERIFE		Provincia SANTA CRUZ DE TENERIFE		Código postal 38001	Teléfono móvil		Teléfono fijo 697231885
Nombre de la empresa ADMINISTRACION DE JUSTICIA		Puesto de trabajo EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS CON TAREAS DE ATEN			Código nacional de ocupación (CNO) 4 5 0 0		

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de la baja)/ RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

DIAGNÓSTICO FIEBRE				Código CIE-9 (Todas las contingencias) 7 8 0 6			
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:				Código CIE-10 (Sólo en EP)			
Fecha de AT o EP		Leve (1) <input type="checkbox"/> Grave (1) <input type="checkbox"/> Muy grave (1) <input type="checkbox"/>					
(1) Sólo en caso de accidente de trabajo		Tipo de		Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalario <input type="checkbox"/>			
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA		Fecha de la siguiente revisión médica			
		7 días		1 1 0 5 2 0 2 1			

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la baja 0 4 0 5 2 0 2 1

Recaída Sí ☐ NO ☐

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta (2)

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS /
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
RENÉ VIRGILIO HERNÁNDEZ
FLEITES

04/05/2021
Firma, fecha y sello

Nº de colegiado

Nº de identificación del facultativo

1202480103Z

CAUSAS DE LA ALTA MÉDICA

Curación/Mejora que permite realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

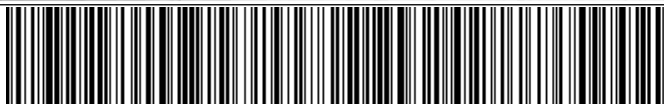
RECUERDE: Si el INSS/ISM o la MUTUA, le cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el paso de su prestación será suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 132.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

Contra este acto podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo de la Ley 16/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social.
 En los casos de alta médica por contingencia profesional emitida por una mutua, podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo de la Ley 16/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión del alta ante la entidad gestora (INSS/ISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto suspensivo del alta, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

PabloTEBB@hotmail.com

PABLOTE

Ejemplar para el TRABAJADOR



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 BELDA		Segundo apellido BILBAO		Nombre PABLO		DNI-NIE-pasaporte 42089269M	
Nº Tarjeta Sanitaria BLBL660117912016	Nº de la Seg. Social 380055964833	Domicilio habitual: (Calle, Plaza...) RAMBLA SANTA CRUZ 153 PISO 3º PTA D		Número	Bloque	Escalera	Piso
Localidad SANTA CRUZ DE TENERIFE		Provincia SANTA CRUZ DE TENERIFE		Código postal 38001	Teléfono móvil		Teléfono fijo 697231885
Nombre de la empresa ADMINISTRACION DE JUSTICIA		Puesto de trabajo EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS CON TAREAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO NO CLASIFICADOS BAJO		Código nacional de ocupación (CNO) 4 5 0 0			

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 ☐

Medio ☐

DURACIÓN ESTIMADA

Fecha de la siguiente revisión médica

Corto ☐

Largo ☐

días

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)

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
**RENÉ VIRGILIO HERNÁNDEZ
FLEITES**



04/05/2021

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado

Nº de identificación del facultativo

CAUSAS DE LA ALTA MÉDICA

Curación/Mejora que permite realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

Ejemplar para la EMPRESA

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:

PABLO BELDA BILBAO -

Fecha: 07/05/2021 - 09:41:42

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 08--YhQoLY41BRcGb49Uob2q-H11IfuVq



El presente documento ha sido descargado el 07/05/2021 - 09:41:57