

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

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

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

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"/>

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		
.....		

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"/>

20140731

P9/1

8-022

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

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

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

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

20140731

DATOS OBLIGATORIOS

CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN(1)

P9/1

(1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO(2)

8-022

(2) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT(3)

(3) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación. El INSS le remitirá comunicación sobre el proceso de IT del trabajador.

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"/>