

Once. Se modifican los anexos I y II y se incorpora un nuevo anexo III, en los términos siguientes:

## ANEXO I

## 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   
 EMPRESA COLABORADORA

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA SITUACIÓN: ACTIVO  PERCEPTOR/A DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI-NIE-pasaporte	
Nº Tarjeta Sanitaria <sup>(1)</sup>	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera
Localidad		Provincia	Código postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo	
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO)			

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

DIAGNÓSTICO		Código CIE-9/ <sup>(10)</sup> (Todas las contingencias)	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:		Código CIE-10 (Sólo en EP)	
Fecha de AT o EP	Level <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/>
Código de enfermedad profesional	Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>		
Parte del cuerpo dañada <sup>(2)</sup>			
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	Fecha de la siguiente revisión médica <sup>(3)</sup>
			días

PARTE DE BAJA  Fecha de la baja

\_\_\_\_\_

Recaída: Sí  NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída \_\_\_\_\_

Fecha de baja del proceso anterior del que es recaída \_\_\_\_\_

PARTE DE ALTA  Fecha del alta<sup>(4)</sup>

\_\_\_\_\_

## CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual

Fallecimiento Propuesta de

incapacidad permanente Nacimiento

y cuidado de menor

Incomparecencia

FACULTATIVO/A-CIAS   
 MÉDICO/A INSPECTOR/A

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado/a  
 \_\_\_\_\_

Nº de identificación del facultativo/a  
 \_\_\_\_\_

**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. 175.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

(1) Documento sanitario similar.

(2) Sólo en caso de accidente de trabajo.

(3) Si no comparece en la fecha de la siguiente revisión médica, se podrá emitir el alta por incomparecencia.

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

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 71 de la ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social.

En los casos de alta médica por contingencia profesional emitida por una mutua o empresa colaboradora, podrá optar entre la reclamación señalada en el párrafo anterior o 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, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

Le informamos que sus datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación de Incapacidad Temporal, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y OTRAS PRESTACIONES DE CORTA DURACIÓN". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: [consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es](mailto:consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es). Para más información consulte la política de protección de datos en la web: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

Ejemplar para la PERSONA TRABAJADORA