

Parte médico de baja/alta de Incapacidad Temporal


Tipo de contingencia:	Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	Entidad emisora SPS <input type="checkbox"/> INSS/ISM <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> Empresa colaboradora <input type="checkbox"/>
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
	Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>		

Datos de la persona trabajadora

Situación: Activo/a Perceptor/a de desempleo contributivo

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte			
Nº Tarjeta Sanitaria ⁽¹⁾	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)				

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
Cumplimentar solo en caso de Contingencia Profesional Fecha de AT o EP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Leve ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Muy Grave ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Código de enfermedad profesional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tipo de asistencia Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo dañada ⁽²⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> Forma contacto <input type="text"/> <input type="text"/> Tipo de lesión <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> días Fecha de la siguiente revisión médica ⁽³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Parte de baja <input type="checkbox"/> Fecha de la baja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Recaída Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de baja del proceso anterior del que es recaída <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Parte de alta <input type="checkbox"/> Fecha del alta ⁽⁴⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a  Firma, fecha y sello Nº de colegiado/a Nº de identificación del facultativo/a	Causas del alta médica: Curación/mejoría que permite realizar el trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Nacimiento y cuidado del menor <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 IBERMUTUA es responsable del tratamiento de sus datos en su condición de entidad colaboradora con la Seguridad Social en cumplimiento de sus obligaciones legales en la prestación de asistencia sanitaria y gestión de la incapacidad temporal. Puede acceder, rectificar y suprimir sus datos solicitándolo en derechosdatospersonales@ibermutua.es, así como ejercitar el resto de sus derechos, como se le informa detalladamente, al igual que respecto al resto de aspectos sobre protección de datos, en 'Aviso legal y privacidad' en www.ibermutua.es

Parte médico de baja/alta de Incapacidad Temporal


Tipo de contingencia:	Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	Entidad emisora SPS <input type="checkbox"/> INSS/ISM <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> Empresa colaboradora <input type="checkbox"/>
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
	Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>		

Datos de la persona trabajadora

Situación: Activo/a Perceptor/a de desempleo contributivo

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte			
Nº Tarjeta Sanitaria ⁽¹⁾	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)				

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
Cumplimentar solo en caso de Contingencia Profesional Fecha de AT o EP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Leve ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Muy Grave ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Código de enfermedad profesional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tipo de asistencia Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo dañada ⁽²⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> Forma contacto <input type="text"/> <input type="text"/> Tipo de lesión <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> días Fecha de la siguiente revisión médica ⁽³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Parte de baja <input type="checkbox"/> Fecha de la baja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Recaída Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de baja del proceso anterior del que es recaída <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Parte de alta <input type="checkbox"/> Fecha del alta ⁽⁴⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a  Firma, fecha y sello Nº de colegiado/a Nº de identificación del facultativo/a	Causas del alta médica: Curación/mejoría que permite realizar el trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Nacimiento y cuidado del menor <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 IBERMUTUA es responsable del tratamiento de sus datos en su condición de entidad colaboradora con la Seguridad Social en cumplimiento de sus obligaciones legales en la prestación de asistencia sanitaria y gestión de la incapacidad temporal. Puede acceder, rectificar y suprimir sus datos solicitándolo en derechosdatospersonales@ibermutua.es, así como ejercitar el resto de sus derechos, como se le informa detalladamente, al igual que respecto al resto de aspectos sobre protección de datos, en 'Aviso legal y privacidad' en www.ibermutua.es

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/a Perceptor/a de desempleo contributivo

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte			
Nº Tarjeta Sanitaria ⁽¹⁾	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)				

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

Cumplimentar solo en caso de Contingencia Profesional Código CIE-10

Fecha de AT o EP Leve ⁽²⁾ Grave ⁽²⁾ Muy Grave ⁽²⁾


Código de enfermedad profesional Tipo de asistencia Ambulatoria Hospitalaria

Parte del cuerpo dañada ⁽²⁾ Forma contacto

Tipo de lesión

Tipo de proceso Muy corto Medio
Corto Largo

Duración estimada días Fecha de la siguiente revisión médica ⁽³⁾

Parte de baja <input type="checkbox"/> Fecha de la baja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Recaída Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de baja del proceso anterior del que es recaída <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Parte de alta <input type="checkbox"/> Fecha del alta ⁽⁴⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a  Firma, fecha y sello <hr/> Nº de colegiado/a <hr/> Nº de identificación del facultativo/a	Causas del alta médica: Curación/mejora que permite realizar el trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Nacimiento y cuidado del menor <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 IBERMUTUA es responsable del tratamiento de sus datos en su condición de entidad colaboradora con la Seguridad Social en cumplimiento de sus obligaciones legales en la prestación de asistencia sanitaria y gestión de la incapacidad temporal. Puede acceder, rectificar y suprimir sus datos solicitándolo en derechosdatospersonales@ibermutua.es, así como ejercitar el resto de sus derechos, como se le informa detalladamente, al igual que respecto al resto de aspectos sobre protección de datos, en 'Aviso legal y privacidad' en www.ibermutua.es