

## 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  MUTUA 

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: .....	<b>SITUACIÓN</b>
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: .....	ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR <input type="checkbox"/>
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: .....	DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS: .....	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
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 .....	Código CIE-9	<input type="text"/>	(Todas las contingencias)	Código CIE-10	<input type="text"/>	(Sólo en EP)
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

Nº de identificación del facultativo

**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  MUTUA

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: ..... **SITUACIÓN**  
 NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: ..... ACTIVO  PERCEPTOR   
 NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: ..... DE DESEMPLEO   
 NOMBRE Y APELLIDOS: ..... CONTRIBUTIVO  
 EMPRESA: .....

FECHA DE LA BAJA   
 FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN  N° DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN   
 TIPO DE PROCESO Muy corto  Medio  DURACIÓN ESTIMADA Fecha de la siguiente revisión médica  
 Corto  Largo   días

**DATOS OBLIGATORIOS**

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

(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

N° de colegiado

N° de identificación del facultativo

Ejemplar para la EMPRESA