

Manual de gestión de la Incapacidad Temporal

3ª edición



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



**Manual de
gestión de la
Incapacidad
Temporal**

3ª edición



Edita: Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General Coordinación Administrativa
Servicio de Documentación y Publicaciones
C/ Alcalá, 56
28014 Madrid

Depósito Legal: M-17.045-2001
I.S.B.N.: 84-351-0350-1
N.I.P.O.: 352-01-004-X
N.º Publicación INSALUD: 1.790

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Inspección Sanitaria

Manual de gestión de la Incapacidad Temporal

3^a edición

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Madrid, 2001

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	17
I. RECOMENDACIONES PARA LA TRAMITACIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL	21
I. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES	23
II. REGULACIÓN LEGAL DE LA I.T.	23
¿Que entendemos por incapacidad temporal?	23
Contingencias que motivan la I.T.	24
Prestaciones que se generan en los procesos de I.T.	26
Requisitos para tener derecho al subsidio	27
Nacimiento del derecho al subsidio	28
Duración máxima de los procesos de I.T.	28
Finalización de los procesos de I.T.	29
III. CERTIFICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE PROCESOS DE I.T.	29
Baja laboral	30
Confirmación de la baja laboral	33
Prórroga y control de la I.T.	34
Alta laboral	36
I. T. de trabajadores por cuenta propia incluidos en los regímenes especiales agrario y de trabajadores del mar	38
Utilización de partes de incapacidad temporal por el sistema TAIR	39
Resumen: médicos que pueden intervenir en la tramitación de un proceso de I.T. y funciones de cada uno de ellos	39
IV. RECOMENDACIONES GENERALES	42
V. TRAMITACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE	43
¿Cuándo solicitarla?	43
¿Quién puede solicitar una invalidez permanente?	43
VI. MATERNIDAD	44

	<u>Pág.</u>
VII. INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	46
ANEXOS	47
Anexo I: Partes de baja y alta laboral por contingencias comunes	49
Anexo I.a.: Partes de baja y alta laboral por contingencias comunes. (Modelo del INSALUD para utilización mediante sistema TAIR de etiqueta identificativa)	51
Anexo II: Partes de confirmación por contingencias comunes	53
Anexo II.a.: Partes de confirmación por contingencias comunes	55
Anexo III: Informe médico trimestral de control	57
Anexo IV: Propuesta de alta médica	58
Anexo V: Informe propuesta clínico laboral modelo P.47/1	59
Anexo VI: Informe clínico del enfermo pendiente de calificación de invalidez	60
Anexo VII: Partes de baja y alta laboral por contingencias profesionales	61
Anexo VIII: Partes de confirmación por contingencias profesionales	63
Anexo IX: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias comunes	65
Anexo X: Parte de alta por contingencias comunes (a expedir por los facultativos del INSS)	66
Anexo XI: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias profesionales	69
Anexo XII: Informe clínico laboral modelo p.47	72
Anexo XIII: Modelo 3-AT-19-B, parte de asistencia sanitaria por accidente	73
Anexo XIV: Informe maternidad	74
Anexo XV: Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de Seguridad Social (R.D. 1995/78 de 12 de mayo)	75
DIAGRAMAS	77
Diagrama I: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, parte de baja médica y alta	79
Diagrama II: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, parte de confirmación	80

	<u>Pág.</u>
Diagrama III: Instrucciones de cumplimentación de parte de baja/alta por contingencias comunes mediante el sistema TAIR	81
Diagrama IV: Instrucciones de cumplimentación de parte de confirmación por contingencias comunes mediante el sistema TAIR	83
Diagrama V: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, agotamiento por transcurso del tiempo máximo	85
Diagrama VI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, propuestas de alta	86
Diagrama VII: Alta a efectos económicos de los facultativos del INSS, contingencias comunes	87
Diagrama VIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, informe médico trimestral de control	88
Diagrama IX: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, prórroga efectos de I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2 2º párrafo)	89
Diagrama X: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, parte de baja médica y alta	90
Diagrama XI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, parte de confirmación	91
Diagrama XII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, agotamiento por transcurso del tiempo máximo	92
Diagrama XIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, propuestas de alta	93
Diagrama XIV: Alta a efectos económicos de los facultativos del INSS, contingencias profesionales	94
Diagrama XV: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, informe médico trimestral de control	95
Diagrama XVI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, prórroga efectos de I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2 2º párrafo)	96
II. GUÍA PRÁCTICA DE ESTÁNDARES DE DURACIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL	97
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (001-139)	103

	<u>Pág.</u>
1. Gastroenteritis aguda	103
2. Tuberculosis pulmonar	104
3. Erisipela	107
4. Varicela	109
5. Herpes zoster	110
6. Hepatitis virales agudas	113
NEOPLASIAS (140-239)	117
7. Cáncer de mama	117
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y META- BÓLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD (240-279)	125
8. Hipertiroidismo no controlado	125
9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico	127
10. Diabetes mellitus de reciente diagnóstico	129
11. Diabetes mellitus inestable	131
12. Neuropatía sensitiva diabética	132
13. Úlcera del pie diabético	134
TRASTORNOS MENTALES (290-319)	137
14. Trastornos de ansiedad fóbica	137
15. Otros trastornos de ansiedad	139
16. Trastorno obsesivo compulsivo	141
17. Reacción a estrés agudo	142
18. Trastorno de estrés postraumático	143
19. Trastornos de adaptación	145
20. Trastornos disociativos	147
21. Trastornos somatomorfos y neurastenia	150
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGA- NOS SENSORIALES (320-389)	155
22. Síndrome del tunel carpiano	155
23. Desprendimiento de retina	158
24. Glaucoma	160
25. Catarata	164
26. Queratitis	166
27. Conjuntivitis	170
28. Pterigion	173
29. Otitis media aguda simple	174

	<u>Pág.</u>
30. Síndrome vertiginoso periférico	176
31. Factores condicionantes de I.T. en enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	178
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (390-459) .	181
32. Hipertension arterial	181
33. Angina de pecho	183
34. Infarto agudo de miocardio	187
35. Revascularización miocárdica	192
36. Hemorroides	194
37. Varicocele	198
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (460-519) .	203
38. Infeccion respiratoria aguda	203
39. Amigdalitis aguda	205
40. Bronquitis aguda	206
41. Sinusitis	208
42. Neumonía	210
43. Gripe	214
44. Asma	217
45. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	220
46. Pleuresía	224
47. Neumotórax	228
48. Factores condicionantes de incapacidad temporal en neumología .	230
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (520-579)	233
49. Ulcera gastroduodenal	233
50. Gastritis	236
51. Apendicitis aguda	238
52. Hernia inguinal o crural	240
53. Fisura anal	243
54. Fístula anorrectal	246
55. Absceso anorrectal	248
56. Hepatopatía crónica y cirrosis	250
57. Colelitiasis quirúrgica	254
58. Enfermedades pancreáticas	257
59. Hemorragia gastrointestinal	260
60. Factores condicionantes de la incapacidad temporal en digestivo	263

	<u>Pág.</u>
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (580-629) .	265
61. Pielonefritis aguda	265
62. Litiasis renal	268
63. Cistitis	276
64. Uretritis	280
65. Hiperplasia benigna prostática	284
66. Prostatitis bacteriana	289
67. Hidrocele	292
68. Orquiepididimitis	294
ENFERMEDADES DE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO (630-676)	299
69. Dismenorrea	299
70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas	302
71. Amenaza de parto pretérmino	307
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (680-709)	311
72. Sinus o seno pilonidal	311
73. Dermatitis aguda	313
74. Urticaria	316
75. Cirugía menor cutánea	318
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TE- JIDO CONECTIVO (710-739)	321
76. Artropatía gotosa aguda	321
77. Artrosis	323
78. Alteraciones meniscales	326
79. Condromalacia de rótula	330
80. Otros trastornos internos de la rodilla	335
81. Cervicalgia	339
82. Lumbalgia	344
83. Capsulitis adhesiva	349
84. Enfermedad del manguito de los rotadores	355
85. Entesopatías del codo	358
86. Entesopatía de rodilla	362
87. Contractura de la aponeurosis palmar de Dupuytren	362
88. Factores condicionantes de la I.T. en enfermedades del sis- tema osteo-miioarticular y tejido conectivo	364

	<u>Pág.</u>
LESIONES Y ENVENENAMIENTOS (800-999)	367
89. Fracturas de miembro superior	367
89.1. Fractura de clavícula	368
89.2. Fractura de Colles	368
89.3. Fractura de escafoides	368
89.4. Fractura de metacarpianos	369
89.5. Fractura de falanges	370
90. Fractura de extremidad inferior	370
90.1. Fractura de tobillo	371
90.2. Fracturas del pie	372
91. Fracturas de tibia y peroné	373
92. Luxacion de hombro	376
93. Esguince de tobillo	381
94. Herida en mano	384
95. Contusiones y golpes	386
III. REFERENCIAS LEGALES RELACIONADAS CON LA INCAPACIDAD TEMPORAL	389
Referencias legales	391
IV. LISTADO CIE-9-MC COMENTADO PARA SU UTILIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL	393
Listado CIE-9-MC para su utilización en gestión de procesos de I.T. ordenado según grupos diagnósticos	395

PRESENTACIÓN

La Incapacidad Temporal constituye la expresión legal y administrativa de una situación médica y social indeseable; la enfermedad agravada por la circunstancia de la incapacidad para desempeñar la actividad laboral propia del trabajador. De esta incapacidad se derivan múltiples consecuencias de carácter económico, psicológico, social, laboral, etc... que siguen agravando la situación de quien en ella incurre. La Incapacidad Temporal es además la antesala de otra situación más penosa si cabe, la invalidez permanente.

Una parte de Incapacidad Temporal constituye una prescripción de reposo para el paciente al tiempo que genera el derecho para el mismo para percibir la prestación económica que nuestro sistema de Seguridad Social le reserva.

Esta cobertura tanto sanitaria como económica de una situación de infortunio de un trabajador, y por tanto, de sus beneficiarios, constituye una prestación demasiado preciosa como para permitirnos ponerla en peligro. Es en beneficio de todos por lo que debemos mimar las prestaciones que nuestro sistema de Seguridad Social nos ofrece.

Asegurar el derecho de los trabajadores a una protección económica suficiente y a una situación de descanso como pacientes con unos recursos cuyo desembolso pueda ser asumido por la Sociedad, es un objetivo difícil para cuya consecución los Servicios de Salud, a través de sus facultativos y la Inspección de Servicios Sanitarios, están llamados a ejercer su mejor saber hacer en pro del beneficio común.

Es preciso para ello, conocer las normas reguladoras de la prestación, los requerimientos operativos para su tramitación, además de los principios médicos propios del tratamiento de la enfermedad.

Estos tres aspectos intentaron ser recogidos en el Manual de Ayuda al Médico para la Gestión de la Incapacidad Temporal a través tres capítulos fun-

damentales; Recomendaciones para la Gestión y Tramitación de Procesos de Incapacidad Temporal, Guía Práctica de Estándares de Duración de Procesos de Incapacidad Temporal, y el Listado CIE-9-MC Comentado para su Utilización en la codificación de Procesos de Incapacidad Temporal.

Hoy recogemos el testigo dejado por aquella iniciativa para corregirla, ampliarla y adaptarla a los cambios normativos ocurridos desde entonces.

Los protocolos técnicos de actuación reducen la variabilidad de actuación sin restringir el libre ejercicio profesional de los facultativos, toda vez que son la plasmación de estándares pactados de actuación cuyo seguimiento es una garantía y protección tanto para el profesional como para el paciente al hacer operativo un criterio que marca la frontera entre lo que se considera normal de lo anormal.

La Inspección de Servicios Sanitarios vuelve a hacer suya la responsabilidad de gestionar y controlar esta prestación de Seguridad Social desde un punto de vista sanitario y en colaboración esta vez con la Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Dermatología, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Española de Urología que se suman a la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física que participaron en la anterior edición, además de un grupo nutrido de colaboradores que ha llevado a cabo la necesaria revisión, ampliación y puesta al día del anterior manual para ajustar los aspectos de consenso a los nuevos tiempos, ofrecer un mayor número de patologías con duraciones estandarizadas y una revisión normativa y de procedimientos administrativos.

Conocer cuál es la duración adecuada de los procesos de Incapacidad Temporal, y como debemos ajustarnos a las normas que regulan su contenido y tramitación, es el objetivo de este manual para la gestión que día a día hacemos de esta prestación desde la sanidad pública.

La participación de distintas sociedades científicas, médicos especialistas en medicina de familia, generalistas e inspectores garantiza el consenso y enfoque multidisciplinar del contenido de esta guía, si bien, siempre se ha considerado que la atención personalizada a cada paciente y cada proceso es

tarea incuestionable de cada profesional, a lo que se une la gran variabilidad clínica existente, y por tanto la determinación última de la duración de cada proceso corresponde al facultativo que le atiende.

Está en mi ánimo que esta obra sea de utilidad y facilite el quehacer diario de los facultativos implicados en la prescripción de la prestación, y espero que se le dispense la buena acogida que en su momento tuvo la primera edición.

Angel Luis Guirao García
Subdirector General de Inspección Sanitaria

INTRODUCCIÓN

La *Guía práctica de estándares de duración de procesos de Incapacidad Temporal* que se incluía en el Manual de Ayuda al Médico para la Gestión de la Incapacidad Temporal en su primera edición, intentó ser un protocolo técnico de gestión de esta importante prestación de la Seguridad Social que trataba de responder a la pregunta, no siempre considerada en los manuales clásicos de medicina, sobre cuando procede y cuanto debe durar una prescripción de reposo.

La selección de procesos a estudiar se realizó sobre las tablas de incidencia elaboradas por la Subdirección General de Inspección Sanitaria con el ánimo de cubrir la mayor parte posible del espectro patológico que ocasiona esta prestación. Hoy, con este manual presentamos la revisión y ampliación de aquella guía siguiendo la misma metodología de trabajo en su confección.

Para facilitar la identificación y localización de los estándares de duración de las patologías causantes de los procesos de Incapacidad Temporal hemos seguido el orden específico en que estos aparecen relacionados en la clasificación CIE-9-MC salvo en el caso de los trastornos psiquiátricos que aparecen clasificados y descritos según la clasificación CIE-10, no obstante, hemos señalado la correlación de cada trastorno con la clasificación CIE-9-MC con el fin de mantener la estructura general del manual y permitir mantener la homogeneidad de registros que el Sistema de Información de la Inspección de Servicios Sanitarios del INSALUD, precisa para el correcto control de la prestación de Incapacidad Temporal en su ámbito de actuación.

Los estándares de duración y los criterios de encuadramiento de cada patología en el referido estándar fueron elaborados de manera consensuada por todos los participantes en la Comisión Elaboradora que realizó así mismo una revisión de aquellos establecidos en la primera edición de este manual.

Posteriormente se adaptó un texto que viniera a servir de introducción y a resolver de manera simplificada, las principales dudas a las que se pudieran enfrentar los facultativos prescriptores a la hora de prestar la atención sanitaria debida al trabajador en Incapacidad Temporal. En este sentido se hizo especial hincapié en el apartado pronóstico y allí donde fue preciso se realizó una estratificación del riesgo y una serie de consideraciones laborales.

Los estándares se definieron para cada uno de los niveles de riesgo especificados señalándose los criterios de inclusión en dicho nivel de riesgo y para los que dicho estándar de duración puede ser considerado.

Las *Recomendaciones para la tramitación de procesos de Incapacidad Temporal* incluidas en la primera edición del Manual de Ayuda la Médico para la Gestión de la Incapacidad Temporal han quedado incompletas con la nueva regulación que de la prestación se ha hecho desde su publicación.

Por esta razón se ha reformado el texto de la primera edición del manual y se han introducido las novedades normativas surgidas últimamente y que han supuesto un cambio sustancial en la tramitación médico-administrativa de los partes de Incapacidad Temporal. De esta forma, los médicos del Sistema Público de Salud han incrementado su participación en los mecanismos de control, a la vez que se ha implementado el sistema de gestión con las funciones de los facultativos de los Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de las mutuas de accidente de trabajo y enfermedad profesional de la Seguridad Social.

Se ha tratado de señalar de forma sencilla y resumida aquellos aspectos de interés para la labor del día a día del profesional que expide documentos justificantes de la situación de incapacidad en la Seguridad Social y se han incluido los anexos y diagramas que se han considerado para la comprensión de los procedimientos de tramitación de procesos.

En el mismo sentido de facilitar la tarea del profesional y favorecer la posibilidad de desarrollo personal en materia de Incapacidad Temporal, se ha incluido un capítulo con la *Bibliografía y referencias legales relacionadas con la Incapacidad Temporal* durante los últimos años.

La implantación en el Sistema Nacional de Salud de la codificación CIE-9-MC, que forma parte del conjunto mínimo/básico de datos (CMBD), fue aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud. Con ella se da luz a la actividad desarrollada en nuestras instituciones.

La Circular INSALUD 1/97 de 1 de enero sobre el control de la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral establece la Clasificación CIE-9-MC como sistema de codificación diagnóstica de los procesos de generadores de bajas laborales. Su extensión a este ámbito de la Incapacidad Temporal, nos permitirá un mejor conocimiento epidemiológico de la prestación.

La fiabilidad de estos registros administrativos se asegura, en gran medida, en cuanto a incidencia y duración de la misma. La cumplimentación de un trámite administrativo por parte del médico se convierte en este caso en un magnífico sistema de registro epidemiológico.

Por lo anterior y con el ánimo de facilitar la tarea de cumplimentación de partes de baja y alta, facilitar la referencia a los distintos cuadros clínicos, a modo de índice y buscando procurando la recogida de datos epidemiológicos de las patologías ocasionantes de la Incapacidad Temporal se ha incluido como primer capítulo de este manual la *Clasificación CIE-9-MC comentada para la gestión de procesos de Incapacidad Temporal* ordenada por códigos diagnósticos, lo que supone un ordenamiento lógico por aparatos y entidades etiológicas de las distintas patologías.

Entendemos que la versión de esta clasificación CIE-9-MC reducida a tres dígitos es suficiente a efectos operativos de la gestión de la Incapacidad Temporal. Por necesidades específicas de esta prestación, se ha hecho preciso añadirle ocho códigos más a partir del número 1.000 con el fin de permitir la codificación de ciertas causas de baja laboral que frecuentemente aparecen reflejadas en los partes P9 de baja/alta laboral como causa de procesos de Incapacidad Temporal por tener que emitir un diagnóstico al principio del proceso. No consignar estas causas de baja supondría ignorar una realidad.

Se han añadido, en ciertos casos, entidades a cinco dígitos cuando se puede hallar una referencia específica a ellas en algunos capítulos dedicados a los estándares de duración. En estos casos además se ha resaltado el diag-

nóstico en cuestión y se hace una referencia al capítulo donde se puede encontrar información mediante una llamada en nota a pie de página.

Lo anterior se completa con otras de notas al pie de página destinadas a ofrecer información de ayuda para la tramitación de partes de Incapacidad Temporal en diagnósticos con peculiaridades especiales.

I. Recomendaciones para la tramitación de procesos de I.T.

**Dr. Jesús Hernández Manso
Dr. Félix Robledo Muga
Dra. Ana Lanza Barrena
Dr. José Fco. Jiménez Galindo
Dr. Alberto Pardo Hernández**

I. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES

En relación con su duración las podemos dividir en:

1. **Temporales o transitorias:** son aquellas en las que cabe esperar su recuperación en un período de tiempo determinado. Estas situaciones están recogidas en la normativa anterior al 1 de enero de 1995 como Incapacidad Laboral Transitoria o Invalidez Provisional y a partir de esa fecha como Incapacidad Temporal.
2. **Permanentes:** son aquellas que presentan una alteración de la capacidad laboral, previsiblemente definitiva.

CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES

A. Temporales o transitorias.

B. Permanentes: A su vez se clasifican en:

- Incapacidad Permanente Parcial
- Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual
- Incapacidad Permanente Absoluta
- Gran Invalidez

II. REGULACIÓN LEGAL DE LA I.T.

¿QUE ENTENDEMOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL?

Entendemos por I. T. aquella situación en la que se encuentra un trabajador que por causa de una enfermedad o accidente se encuentra incapacitado para el desempeño de su trabajo.

Tendrán consideración de situaciones determinantes de I.T.:

1. **Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo**, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social (SS) y esté impedido para el trabajo.
2. **Los períodos de observación por enfermedad profesional** durante los cuales prescriba la baja en el trabajo.

CONCEPTOS QUE DEFINEN LA I.T.

- A. **Incapacidad para el trabajo por causa sanitaria:** salvo durante los períodos de observación con baja en caso de enfermedad profesional.
- B. **Carácter temporal de dicha incapacidad:** en función del pronóstico de la lesión padecida.

CONTINGENCIAS QUE MOTIVAN LA I.T.

A las "causas" determinantes de la I.T. las llamamos contingencias en función de si se trata de enfermedades o de accidentes y de si tienen relación o no con el trabajo. De esta forma tenemos contingencias profesionales y comunes (no profesionales).

ENFERMEDAD PROFESIONAL (E.P.)

Se entiende por enfermedad profesional aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro aprobado de enfermedades profesionales (R.D. 1.995/78 de 12 de mayo. Ver Anexo XV) y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen.

ACCIDENTE DE TRABAJO (A.T.)

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

En principio se considerarán accidentes de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo.

También se considerarán accidentes de trabajo:

- Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. (**accidentes in itinere**).
- Los que sufra el trabajador por causa de desempeñar **puestos electivos de carácter sindical** y los que ocurran al ir y volver del lugar donde se desempeñen funciones propias de dichos cargos.
- Los que ocurran al desempeñar tareas que sin ser propias de la profesión del trabajador, se ejecuten en cumplimiento de **órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa**.
- Los acaecidos en **actos de salvamento** cuando tengan conexión con el trabajo.
- Las **enfermedades**, no incluidas en el concepto de enfermedad profesional, **que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo**, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- Las **enfermedades o defectos padecidos con anterioridad** por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación por **enfermedades intercurrentes** que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado al paciente para su curación.
- **No impedirán la calificación como accidente de trabajo** la imprudencia profesional del trabajador por causa del ejercicio habitual del trabajo, ni la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo, o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

ENFERMEDAD COMÚN (E.C.)

Las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales.

ACCIDENTE NO LABORAL (A.N.L.)

Las lesiones corporales que no cumplen criterios de accidente laboral.

CONTINGENCIAS QUE MOTIVAN LA I.T.		
Contingencias profesionales	Enfermedad Profesional	Solamente aquellas enfermedades que se contemplan en la tabla de enfermedades profesionales.
	Accidente de Trabajo	En principio se considerarán las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo.
Contingencias comunes	Enfermedad Común	Las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales.
	Accidente no Laboral	Las lesiones corporales que no cumplen criterios de accidente laboral.

PRESTACIONES QUE SE GENERAN EN LOS PROCESOS DE I.T.

PRESTACIONES SANITARIAS

Dependiendo de la contingencia causante, su prestación compete a:

- **Enfermedad Común y Accidente no laboral:** Su prestación corresponde al INSALUD, Servicios de Salud de las CC.AA. o Empresas Colaboradoras.
- **Enfermedad Profesional y Accidente Laboral:** Mutuas de Accidentes de Trabajo y Empresas Colaboradoras. INSALUD y Servicios de Salud de las CC.AA. en los casos en que esta contingencia se halle asegurada por el INSS.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

Podrán correr a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, o Empresas Colaboradoras.

Para calcular la prestación económica se tienen en cuenta dos componentes:

- **Base reguladora:** Es el resultado de dividir las bases de cotización del mes anterior a la fecha de la baja, entre los días del mes.
- **Porcentaje sobre la base reguladora:** Depende de la contingencia ocasionante.

CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA (Porcentaje sobre la Base Reguladora)

A. Accidente de trabajo y enfermedad profesional	<ul style="list-style-type: none">• 75% de la B.R. desde el día en que nace el derecho.• 60% de la B.R. desde el día 4 al 20 ambos inclusive.• 75% a partir del día 21 hasta la finalización de la prestación.
B. Enfermedad común y accidente no laboral	En este caso corre a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde el día 4º al 15º de baja ambos inclusive.

REQUISITOS PARA TENER DERECHO AL SUBSIDIO

Los requisitos para tener derecho al subsidio son:

1. **Estar afiliado a la Seguridad Social.**
2. **Estar en alta o en situación asimilada al alta en Seguridad Social.**
3. **Tener cubierto un período mínimo de cotización** que dependiendo de la contingencia ocasionante será:
 - **Enfermedad Común:** 180 días dentro de los 5 últimos años.
 - **Accidente, sea o no de trabajo, y enfermedad profesional:** No se requiere periodo de cotización previa.

NACIMIENTO DEL DERECHO AL SUBSIDIO

Dependiendo de la contingencia ocasionante del proceso:

1. **Accidente de trabajo o enfermedad profesional:** desde el día siguiente al de la baja. En este caso el día de la baja laboral corre a cargo del empresario.
2. **Enfermedad común o accidente no laboral:** desde el cuarto día de la baja.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS PROCESOS DE I.T.

Al contabilizar la duración de un proceso de I.T. se computarán los períodos de recaída y de observación en caso de enfermedad profesional.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS PROCESOS DE I.T.	
A. <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad común• Enfermedad profesional• Accidente de trabajo• Accidente no laboral	Doce meses prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación. Se han de computar los períodos de recaída y de observación.
B. Período de observación por enfermedad profesional	Seis meses prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Se ha de entender que las duraciones anteriores son duraciones máximas. La duración de cada proceso estará limitada exclusivamente al período en que el paciente se halle incapacitado clínicamente para el desempeño de su trabajo.

Para el cómputo de la duración máxima, se ha de tener en cuenta que serán acumulables los períodos de baja laboral que comiencen antes de transcurrir 6 meses desde el alta del proceso anterior, siempre y cuando tengan el mismo diagnóstico.

FINALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE I.T.

FINALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE I.T.	
Causas de extinción del proceso de I.T. <ul style="list-style-type: none"> • Transcurso del plazo máximo establecido (12 meses sin prórroga o 18 en caso de concederse la prórroga). • Alta médica sin declaración de Invalidez Permanente. • Alta médica con declaración de Invalidez Permanente. • Por reconocérsele al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación. • Fallecimiento. 	Causas de denegación, anulación o suspensión del subsidio económico <ul style="list-style-type: none"> • Actuación fraudulenta para obtener o conservar la prestación. • Rechazo o abandono del tratamiento sin causas razonables (suspensión). • Trabajar por cuenta propia o ajena.

Una vez transcurrido el período máximo de duración, sin concurrir otras causas de extinción, se examinará necesariamente al paciente en el plazo de tres meses, a efectos de calificación como inválido permanente en el grado que le corresponda.

No obstante, cuando la situación clínica hiciera aconsejable demorar la citada calificación, está podrá ser retrasada durante el tiempo preciso, que en ningún caso superará los 30 meses desde el momento de inicio de la I.T. Durante este último período no subsiste la obligación de cotizar a la S.S. si bien se halla prorrogada la I.T.

III. CERTIFICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE PROCESOS DE I.T.

En los **DIAGRAMAS I y II** se describe el **procedimiento de tramitación** de los partes por contingencias comunes y profesionales, indicándose de forma resumida todas las instrucciones escritas a continuación.

Asimismo se especifican los **cometidos de los diversos facultativos** que intervienen en la gestión de la Incapacidad Temporal: Inspección de Servicios Sanitarios, facultativos de las Entidades Gestoras (médicos de los Equipos de Valoración de Incapacidades del INSS y médicos del Instituto Social de la Marina -ISM-), facultativos de los servicios médicos de las MATEPSS, y fundamentalmente los facultativos del Sistema Público de Salud prescriptores de las bajas.

BAJA LABORAL

El único documento oficial con validez reglamentaria para justificar un proceso de baja por causa médica es el parte médico de baja de Incapacidad Temporal.

ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL

En los procesos de I.T. por estas contingencias la asistencia sanitaria corresponde al INSALUD (o al Servicio de Salud correspondiente) pero la prestación económica puede corresponder a una Entidad Gestora de la Seguridad Social (el INSS o el ISM en el caso de trabajadores del mar) o bien a una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), según la entidad con quien la empresa, o el propio trabajador en el caso de los encuadrados en el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos, asegure dichos riesgos.

Excepción a lo anterior son las empresas autoaseguradoras, que proporcionan a su cargo tanto la asistencia sanitaria como la prestación económica.

El modelo oficialmente válido es el "**Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes**", modelo P.9 (Ver Anexo I). Dicho parte, lo debe extender el médico inmediatamente tras el reconocimiento del enfermo.

El modelo P.9 consta de cuatro ejemplares:

1. **Original**, destinado al Servicio Público de Salud (INSALUD), a remitir a la Inspección Médica en el plazo de tres días.
2. **Copia para remitir, desde el INSALUD, al INSS, Instituto Social de la Marina (ISM) o MATEPSS**, según corresponda, en el plazo de cinco días. Si el médico que expide la baja no pudiese determinar la entidad a la que debe remitirse, la entregará, en sobre cerrado, al trabajador, para que éste la haga llegar a su destino.

En estos dos ejemplares debe constar necesariamente el diagnóstico, la descripción de la limitación de la capacidad funcional que motiva el proceso de I.T. y la duración probable de éste.

3. **Copia para el paciente.**
4. **Copia para la empresa**, que lo remitirá a la Entidad Gestora o a la MATEPSS correspondiente, salvo en el caso de ser autoaseguradora.

Este ejemplar se entregará también al interesado para su presentación en la empresa dentro del plazo de tres días.

ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Las contingencias profesionales (A.T. y E.P.) están previstas para todos los trabajadores salvo para los pertenecientes a los regímenes especiales de autónomos y empleadas de hogar. Por esta razón, para estos últimos, aunque se conozca la relación directa de la patología con el desarrollo de su tarea profesional, la documentación a utilizar será la misma que en el caso de enfermedad común y accidente no laboral.

Las contingencias profesionales pueden estar aseguradas con el INSS (o el ISM en el caso de los trabajadores del mar), con las MATEPSS o bien por la propia empresa directamente (empresas autoaseguradoras). La asistencia sanitaria solo es competencia del INSALUD (o el Servicio de Salud correspondiente) cuando están aseguradas con el INSS.

Si la contingencia está amparada por el INSS, los trabajadores, en caso de sufrir una lesión o enfermedad de origen laboral, deberán aportar al médico un "Parte de Asistencia Sanitaria por Accidente" (modelo 3-AT-19-B, Anexo XIII) entregado por su empresa, mediante el cual ésta reconoce las lesiones como derivadas de contingencia profesional y acredita tenerlas cubiertas con el INSS. Recibido éste e inmediatamente después de explorar al paciente, el médico deberá emitir, si considera necesaria la baja laboral, un "Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales", **modelo P.9/11** (Anexo VII).

El modelo P.9/11 consta de cuatro ejemplares:

1. **Original**, destinado a la Inspección Médica del INSALUD (u órgano equivalente en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas), que debe hacerse llegar a ella en el plazo de tres días.

2. **Copia para remitir desde el INSALUD al INSS** en el plazo de cinco días. Estos dos ejemplares deben contener, necesariamente, el diagnóstico, la descripción de la limitación de la capacidad funcional que motiva la I.T. y la duración probable del proceso.
3. **Copia para el interesado.**
4. **Copia para la empresa**, que posteriormente la remitirá al INSS. Esta debe entregarse también al trabajador para su presentación en la empresa dentro del plazo de tres días.

Si la contingencia está protegida por una MATEPSS, los certificados de baja por contingencias profesionales, que son propios de cada una de ellas, serán cumplimentados por los facultativos al servicio de las mismas.

ACTUACIÓN ANTE DETERMINADOS SUPUESTOS

Asegurado cuya asistencia sanitaria por contingencias profesionales está amparada por una MATEPSS y acude a un centro de salud.

Se prestará asistencia al asegurado por parte del facultativo del INSALUD, quién comunicará a la correspondiente unidad de cargos dichas actuaciones.

En caso de que el trabajador precise baja laboral, se remitirá a la MATEPSS. No se expedirá parte de baja alguno por el facultativo del INSALUD remitiendo al trabajador a su MATEPSS correspondiente.

Determinación de contingencias.

Las contingencias que originan la baja laboral de un trabajador pueden provocar problemas de interpretación y de competencias de la entidad aseguradora que en la practica se concretan, entre otros, en los siguientes **supuestos:**

1. Asegurado que es dado de alta por una MATEPSS tras una I.T. por contingencia profesional y solicita la baja por contingencia común en el INSALUD.
2. Asegurado en I.T. por contingencia común en INSALUD y que se sospeche que debería estarlo por contingencia profesional en una MATEPSS.

3. Asegurado que acude a nuestros Servicios refiriendo haber sufrido un accidente de trabajo que no ha sido reconocido como tal por su Empresa o por la MATEPSS correspondiente.

En tales situaciones se consultará a la Inspección Médica de Área quién determinará el procedimiento a seguir comunicando la resolución al facultativo para la emisión de los partes pertinentes.

CONFIRMACIÓN DE LA BAJA LABORAL

Es preceptivo que con carácter previo a la emisión de cada parte de confirmación se reconozca al paciente.

Si durante el proceso de I.T. cambiase la consideración de la contingencia que lo ocasionó, el médico deberá comunicar dicha circunstancia a la Inspección Médica de Área, procediendo a anular la baja original y tramitar una nueva por la contingencia pertinente.

ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL

La situación de I.T. se confirmará mediante la cumplimentación por parte del médico del "**Parte Médico de Confirmación de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes**", modelo P.9/1 (Anexo II) al cuarto día del inicio de la I.T. y, sucesivamente, cada siete días, contados a partir del primer parte de confirmación (igual para todos los regímenes).

El parte de confirmación P.9/1 tiene el mismo número de ejemplares que el parte de baja P.9 y con iguales destinos y plazos. Son también aplicables a él los preceptos respecto a constancia de tratamiento médico previsto, pruebas diagnósticas, duración prevista para tratamiento y/o pruebas y duración probable del proceso desde esta fecha en los ejemplares destinados a la Inspección Médica y a la entidad responsable de las prestaciones económicas.

En el momento de la expedición del tercer parte de confirmación, así como en los sucesivos partes, cada cuatro semanas a partir del anterior, el facultativo deberá cumplimentar los apartados correspondientes al **informe complementario** que figura en el propio parte.

ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

La confirmación de la baja se realizará mediante la cumplimentación por parte del facultativo del "**Parte Médico de Confirmación de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales**", modelo P.9/5 (Anexo VIII), a los siete días naturales siguientes al inicio de la incapacidad y, sucesivamente, cada siete días a partir del primero.

El parte de confirmación modelo P.9/5 tiene el mismo número de ejemplares que el de baja P.9/11 y con iguales destinos y plazos. Son también aplicables a él los preceptos respecto a constancia de tratamiento médico previsto, pruebas diagnósticas, duración prevista para tratamiento y/o pruebas y duración probable del proceso desde esta fecha en los ejemplares destinados a la Inspección Médica y a la Entidad Gestora.

En el momento de la expedición del tercer parte de confirmación, así como en los partes sucesivos, cada cuatro semanas a partir del anterior, el facultativo deberá cumplimentar los apartados correspondientes al **informe complementario** que figura en el propio parte.

PRÓRROGA Y CONTROL DE LA I.T.

PRÓRROGA DE LA I.T.

Para que, una vez alcanzados los doce meses, la situación de I.T. pueda prorrogarse, es necesario que en el parte de confirmación inmediatamente anterior al que coincida con los doce meses de permanencia del interesado en Incapacidad Temporal (parte nº51 en caso de I.T. por contingencias comunes y nº50 en caso de I.T. por contingencias profesionales), el médico cumplimente el apartado correspondiente, describiendo las dolencias que sufre el paciente y las limitaciones de su capacidad funcional y haciendo constar su presunción de que podrá ser dado de alta por curación en los seis meses siguientes.

CONTROL DE LOS PROCESOS DE I.T. POR LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

La Inspección de Servicios Sanitarios tiene atribuidas las funciones de seguimiento, control y evaluación de los procesos de I.T. y es la máxima autoridad en lo referente a estas situaciones. Por ello, el médico inspector está

facultado para asesorar al médico asistencial sobre incapacidad temporal, emitir partes de baja y confirmación cuando lo considere oportuno, decretar altas por cualquiera de sus posibles causas, incluida el alta por Inspección (ver epígrafe correspondiente, pág. 36) y decidir sobre las propuestas de alta, y las altas a extender por los facultativos del INSS (ver más adelante). Igualmente, corresponde a la Inspección Médica realizar trimestralmente, desde el inicio de cada uno de los procesos de incapacidad temporal y hasta su fin, un informe médico de control que justifique el mantenimiento de la situación de I.T., para remitirlo a la entidad responsable de las prestaciones económicas (Anexo III).

CONTROL DE LOS PROCESOS DE I.T. POR PARTE DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS. PROPUESTAS DE ALTA

La entidad gestora (INSS o ISM) o la MATEPSS, esta última respecto de los procesos derivados de contingencias comunes, podrán citar a reconocimiento por sus propios servicios médicos a los trabajadores en situación de I.T. cuyas prestaciones económicas estén bajo su responsabilidad.

El trabajador deberá acudir a estas citaciones provisto de la información clínica relativa al proceso de que disponga. En caso de que ésta no sea suficiente, dichos servicios médicos podrán solicitar una ampliación sobre los aspectos concretos relacionados con el proceso que genera la incapacidad.

Cuando la entidad gestora o la MATEPSS, como consecuencia de los reconocimientos practicados y/o del resto de la información sobre el proceso de que dispongan, consideren que el trabajador pudiera no estar incapacitado para el trabajo, podrán formular, a través de sus correspondientes servicios médicos, propuestas motivadas de alta laboral (Anexo IV).

Cada propuesta se dirigirá a la Inspección Médica de Área, que la transmitirá al médico responsable de la baja, quien deberá responder en 10 días desde que la propuesta se recibió en la Inspección, bien argumentando confirmación de la baja o bien procediendo a extender el alta.

Cuando el facultativo no se pronuncie o la Inspección Médica discrepe de su criterio, ésta tomará la decisión oportuna, informando de ella al facultativo.

El INSS utiliza habitualmente para formular sus propuestas de alta el modelo que se adjunta como Anexo IV.

ALTA LABORAL

El alta laboral puede ser emitida por el facultativo del INSALUD (habitualmente el médico asistencial responsable de la baja y, de forma excepcional, el médico inspector) o bien por los facultativos adscritos al INSS. El procedimiento y los modelos a utilizar en uno y otro caso es diferente.

ALTA EXTENDIDA POR EL FACULTATIVO DEL INSALUD

El médico debe decretar el alta laboral, mediante la emisión del correspondiente "Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes" o bien "Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales" (modelos P.9 o P.9/11) según el caso, en el momento en que se produzca una de las circunstancias que se señalan a continuación como causas de alta. Por tanto, no se debe esperar a la fecha en que correspondiese emitir el siguiente parte de confirmación.

CAUSAS DE ALTA LABORAL

Las causas de alta laboral pueden ser las siguientes:

- a) **Curación.**
- b) **Fallecimiento:** el alta debe cursarse con fecha de la defunción.
- c) **Inspección Médica:** Sólo es "Alta por Inspección" la que, como tal, decreta personalmente y firma un Inspector Médico. Tienen la particularidad de que, tras un alta por este concepto y durante un período que determinará la propia Inspección pero no inferior a seis meses, las posibles nuevas bajas del trabajador en cuestión corresponden a la Inspección Médica.
- d) **Propuesta de invalidez:** En caso de que las lesiones del paciente le incapaciten para el desarrollo de su trabajo de forma previsiblemente definitiva, el médico emitirá un Informe Clínico-Laboral (modelo P.47, Anexo XII) que se remitirá a la Inspección Médica de Área por la misma vía que el resto de los partes. Si la Inspección ratifica el criterio manifes-

tado por el médico, se tramitará una propuesta de invalidez permanente a la Entidad Gestora, lo que requiere la emisión previa del alta laboral.

- e) **Agotamiento de plazo:** Se emitirá también parte de alta en caso de agotar la I.T. su plazo máximo. Tras ello, y en tanto se resuelve el expediente de invalidez por el órgano correspondiente, el médico cumplimentará el "Informe clínico del enfermo pendiente de calificación de invalidez" (Anexo VI) con periodicidad trimestral, empezando a los tres meses del agotamiento del plazo máximo de la IT, es decir, cuando se cumplan 21 meses y hasta la calificación de la invalidez o, como máximo, hasta que se cumplan 30 meses desde el inicio de la IT.
- f) **Mejoría que permite realizar el trabajo habitual:** Debe emitirse también parte de alta en aquellos casos en que, aun no pudiendo hablarse de "curación" de la enfermedad, se ha producido una mejoría clínica que permite al paciente incorporarse a su actividad habitual, aunque pueda ser necesario continuar el tratamiento.
- g) **Incomparecencia:** Es motivo de alta también que el asegurado no acuda al médico en la fecha en que corresponde un parte de confirmación. Sin embargo, es conveniente esperar un plazo razonable (hasta que falte por segunda vez a recoger el parte de confirmación, por ejemplo) antes de extender el parte de alta, por si existiese una causa justificada que se lo hubiera impedido. En caso contrario, se emitirá parte de alta con fecha del primer parte de confirmación no emitido.

ALTA EXTENDIDA POR FACULTATIVOS DEL INSS

Los médicos del INSS cuando, tras el reconocimiento del trabajador, consideren que corresponde emitir el alta laboral, pueden decretarla ellos mismos. Para ello, en ese mismo momento, cumplimentarán un parte de alta ("**Parte Médico de Alta de I.T. por contingencias comunes, a expedir por los facultativos adscritos al INSS**", modelo P. 9/2, Anexo X o bien, "**Parte Médico de Alta de I.T. por contingencias profesionales, a expedir por los facultativos adscritos al INSS**", modelo P. 9/3) Anexo XI, en el que harán constar tanto la fecha de dicha cumplimentación como la fecha de efectos del alta (el quinto día hábil siguiente), entregarán dos copias del mismo al trabajador (una para el interesado y otra para su empresa) y comunicarán a la Inspección Médica su intención de extender el alta, remitiéndole

inmediatamente una copia del parte emitido. La Inspección dispone de un plazo de tres días para, en su caso, manifestar su disconformidad. De no hacerlo en ese plazo, el alta será efectiva en la fecha señalada, determinando la extinción de la prestación económica por incapacidad temporal. A partir de ese momento, el trabajador tiene derecho a reincorporarse a su puesto de trabajo y debe entregar el ejemplar correspondiente a la empresa dentro de las veinticuatro horas siguientes. El INSS, por su parte, remitirá al Servicio Público (INSALUD) el ejemplar del parte a él destinado.

ALTA EXTENDIDA POR FACULTATIVOS DEL INSS A INSTANCIA DE UNA MUTUA

Cuando los servicios médicos de una Mutua remitan a la Inspección Médica una propuesta de alta respecto de un trabajador de cuya prestación económica de IT por contingencias comunes sea responsable dicha Mutua y tal propuesta no sea respondida en plazo, podrán optar entre reiterarla o bien plantear la iniciativa de alta ante el INSS. El facultativo del INSS reconocerá al trabajador y, si considera que corresponde la emisión del parte de alta, seguirá el procedimiento antes descrito, con la única diferencia de que, transcurrido el plazo establecido sin que la Inspección haya manifestado su disconformidad, el INSS enviará a la Mutua que formuló la iniciativa, dentro de los cinco días siguientes, dos ejemplares del parte: uno destinado a dicha entidad y otro para que desde ésta se remita al Servicio Público de Salud (INSALUD).

En los casos en que el alta médica haya sido expedida por los servicios médicos del INSS, durante los seis meses siguientes, sólo la Inspección de Servicios Sanitarios podrá emitir un nuevo parte de baja relacionado con el proceso patológico que originó el alta.

I. T. DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA INCLUIDOS EN LOS REGÍMENES ESPECIALES AGRARIO Y DE TRABAJADORES DEL MAR

Al no tener empresa, corresponde a los interesados remitir a la entidad gestora la copia destinada a la empresa de los partes de baja, confirmación y alta en el plazo de cinco días.

En caso de entender que un paciente incurre en alguna de las causas previstas como causa de denegación, anulación o suspensión del subsidio económico, se comunicará a la Inspección Médica de Área correspondiente.

UTILIZACIÓN DE PARTES DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR EL SISTEMA TAIR

El INSALUD con el fin de facilitar la cumplimentación de diversos documentos de uso diario por los facultativos asistenciales, ha equipado a éstos con material que permite la introducción de determinados datos con medios mecanizados. De esta forma la expedición de partes de Incapacidad Temporal ha sido contemplada como un programa básico dentro de las actividades emprendidas por las Gerencias de Atención Primaria en el ámbito del INSALUD.

Estos programas han impulsado el diseño de partes de incapacidad que conteniendo los datos exigibles por la normativa, no se ajustan formalmente a los modelos oficiales de cumplimentación manual.

En los Anexos I.a y II.a, se reproducen los modelos de partes de baja/alta y de confirmación que se utilizan con etiqueta identificativa. La descripción del contenido de los partes y su forma de cumplimentación se especifican en los diagramas III y IV.

RESUMEN: MÉDICOS QUE PUEDEN INTERVENIR EN LA TRAMITACIÓN DE UN PROCESO DE I.T. Y FUNCIONES DE CADA UNO DE ELLOS**

1. BAJA LABORAL

Contingencias comunes:

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer al trabajador, extiende P.9.

Contingencias profesionales:

Asegurado amparado por el INSS:

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer al trabajador, extiende P.9/11 (sólo si ha recibido 3-AT-19-B).

** El art.44 del RD 6/2000 de 23 de junio establece que los médicos de las mutuas tendrán similares funciones a los médicos adscritos al INSS en materia de expedición de altas médicas en los procesos de incapacidad temporal. Sin embargo en la fecha en que se elabora este manual no ha sido desarrollada reglamentariamente esta disposición.

Asegurado amparado por una Mutua:

Tanto la asistencia sanitaria como los trámites de la I.T. son competencia de la Mutua.

2. CONFIRMACIÓN DE LA BAJA

Contingencias comunes:

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer trabajador, extiende P.9/1 el 4º día de la I.T. y, sucesivamente cada 7 días.

Contingencias profesionales (asegurados amparados por INSS):

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer al trabajador, extiende P.9/5 el 7º día de la I.T. y, sucesivamente cada 7 días.

En ambos casos (contingencias comunes y profesionales), en el tercer parte y los sucesivos cada cuatro semanas, cumplimentará el "informe complementario".

3. PRÓRROGA DE LA I.T.

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**) debe cumplimentar el apartado correspondiente a la prórroga en el parte de confirmación nº 51 (contingencias comunes) o nº 50 (contingencias profesionales).

4. CONTROL DE LA I.T.

Médico Inspector efectúa seguimiento y control del proceso y realiza informe médico de control trimestralmente, desde inicio de la I.T., para su remisión al INSS o Mutua.

Médico Mutua y Médico INSS pueden citar a reconocimiento a los trabajadores en I.T. atendidos sanitariamente por el S.P.S. (INSALUD) cuya prestación económica corresponda a su entidad.

Médico Mutua y Médico INSS, cuando consideren que trabajadores cuya prestación económica corresponda a su entidad pudieran no estar impedi-

dos para el trabajo, pueden dirigir propuestas de alta de dichos trabajadores a la Inspección de Servicios Sanitarios.

Médico Inspector remitirá la propuesta al **Médico asistencial S.P.S.**, que debe contestar, confirmando la baja o bien emitiendo el alta. **Médico Inspector** resuelve si no hay respuesta en plazo o bien si discrepa de ella, debiendo contestar en el plazo de 15 días desde la recepción de la propuesta.

5. ALTA LABORAL

Asegurados en I.T.

Médico asistencial S.P.S. emite P.9 o bien P.9/11, según se trate de una contingencia común o profesional, cuando se da alguna de las siguientes causas:

- a) Curación
- b) Mejoría que permite realizar el trabajo habitual
- c) Fallecimiento
- d) Propuesta de invalidez
- e) Agotamiento de plazo
- f) Incomparecencia
- g) Jubilación

Médico Inspector excepcionalmente extiende parte de alta (P.9 o P.9/11) por cualquiera de las causas anteriores y además por Inspección.

Médico INSS cuando, tras reconocer a un trabajador cuya prestación económica de I.T. corresponde al INSS, considere que debe ser dado de alta, emite P.9/2 o P.9/3, según se trate de una contingencia común o profesional.

Médico INSS puede también recibir la iniciativa de alta de un trabajador cuya prestación económica de I.T. corresponda a una Mutua, planteada por **Médico Mutua** cuando, tras haber realizado una propuesta de alta al Servicio Público de Salud, ésta no haya sido respondida en plazo. En este caso, **Médico INSS** si, habiendo reconocido al trabajador, considera que debe ser dado de alta, emite P.9/2.

En ambos casos, **Médico INSS** comunica su intención de dar alta mediante la remisión inmediata copia del parte al **Médico Inspector**, que tiene tres días hábiles para manifestar su desacuerdo. De no hacerlo así, el alta surtirá efectos a partir del 5º día hábil tras el de la emisión del parte.

IV. RECOMENDACIONES GENERALES

Al cumplimentar los correspondiente modelos oficiales de la prestación, deberá tener en cuenta los siguientes puntos:

1. **Se han de cumplimentar los modelos oficiales en todos sus apartados**, de una forma legible y cuidando de la fiabilidad de los datos reflejados. De no ser así podrá ser motivo de devolución del correspondiente parte, dada la trascendencia personal y económica que tiene dicho documento.
2. **El diagnóstico que se registre como causa de baja laboral**, contiene un valor estratégico fundamental para el análisis, estudio y control de la prestación. Con el fin de incrementar la fiabilidad de los registros, es conveniente que dicho dato se codifique mediante el sistema CIE9-MC. En este mismo manual encontrará la versión reducida del mismo ordenada por grupos diagnósticos.
3. **Si un trabajador estuviese empleado en más de una empresa**, se expedirá la documentación administrativa pertinente para cada una de las mismas.
4. **No olvide anotar la baja laboral, partes de confirmación y parte de alta, en la historia del paciente o en su cuaderno o ficha de bajas laborales**. Es conveniente anotar el diagnóstico ocasionante de la baja, la fecha de expedición de los sucesivos partes de confirmación así como el medio de localización más rápido del paciente en caso de necesidad. De este modo podrá conocer en todo momento las fechas en que la corresponde emitir los sucesivos partes, aquellos pendientes de recoger, el diagnóstico que motivó la baja, localizar al paciente en caso de citación, etc....

V. TRAMITACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE

¿CUÁNDO SOLICITARLA?

Para solicitar una Invalidez Permanente no es preciso esperar a que se agoten los plazos máximos de la I.T. Si la situación del enfermo así lo aconseja, se debe solicitar la invalidez permanente tan pronto como se pueda.

De forma genérica se puede solicitar cuando:

1. Cuando se produzca la curación con secuelas que le incapaciten para el trabajo.
2. **Cuando no se prevea la curación del proceso**, sea incierta o a muy largo plazo.

¿QUIÉN PUEDE SOLICITAR UNA INVALIDEZ PERMANENTE?

La invalidez permanente puede ser solicitada por:

1. **El Facultativo que asiste al enfermo:** emitiendo un parte **modelo P.47** (Anexo XII). En dicho P47 se evitará hacer referencia alguna al grado de invalidez permanente.

Este modelo se enviará a la Inspección Médica de Área, la cuál si está conforme con la propuesta actuará de la forma que se indica en el siguiente punto b), emitiendo el modelo P.47/1 (Anexo V) dirigido al Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del INSS.

El modelo P47 debe ser cumplimentado en sus apartados de forma detallada, recopilando toda la información clínica relativa al caso de que se disponga, y acompañándola de aquellos informes clínicos que la refrenden. Si se hace de esta forma se evitará duplicar pruebas diagnósticas y se agilizará el proceso de tramitación.

2. **La Inspección Médica de Área:** de oficio, también puede tramitar una Invalidez Permanente, mediante la cumplimentación del modelo de Informe Propuesta Clínico-Laboral P.47/1 (Anexo V).

3. **El propio paciente:** a instancia de parte cumplimentando por sí mismo la documentación que se suministra en las oficinas del INSS.

VI. MATERNIDAD

Las prestaciones económicas por maternidad y riesgo durante el embarazo constituyen situaciones protegidas por la Seguridad Social que se han desviado de la incapacidad temporal, y tienen su base legal, fundamentalmente en la ley 39/1999 que promueve la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Sin embargo es posible contemplar supuestos en los que estas situaciones tengan conexión con la prestación de la incapacidad temporal. Con el fin de diferenciar las posibles situaciones consideramos lo siguiente:

1. Maternidad y riesgo durante el embarazo.

Ante una situación de maternidad o riesgo durante el embarazo, se cumplimentará el modelo que se adjunta como anexo XIV, que contiene apartados distintos para ambas situaciones:

1.1. Descanso por maternidad u opción a favor del padre. Contiene los siguientes apartados:

- a) Fecha inicio del descanso maternal
- b) Fecha probable del parto
- c) Fecha del parto
- d) ¿La incorporación de la madre al trabajo supone algún riesgo para su salud?

El período de descanso por maternidad u opción a favor del padre, es el período de descanso en el trabajo a que tiene derecho la trabajadora y/o, en su caso, el trabajador, con motivo del nacimiento, adopción o acogimiento previo de cada hijo. Será necesario cumplimentar este informe a toda trabajadora próxima a la maternidad, o recién producida está, que lo solicite. En el primer caso se rellenará el apartado b), en el segundo el apartado c). El apartado d) habrá que cumplimentarlo, en el caso de que la madre haya adoptado – sin perjuicio de las seis semanas inmediatas posteriores

al parto de descanso obligatorio para la madre – porque el padre disfrute de hasta diez de las últimas semanas del descanso, antes de iniciarse las mismas.

1.2. Informe sobre riesgo durante el embarazo.

Será necesario cumplimentar este informe a toda embarazada que desempeñe un puesto de trabajo cuyas condiciones puedan influir negativamente en su salud y/o en la del feto, expresando dicha circunstancia en el mencionado informe. Para ello, si se trata de una trabajadora por cuenta ajena, deberá aportar la declaración sobre situación de riesgo durante el embarazo que le proporcione su empresa. En caso de tratarse de una trabajadora autónoma, será ella misma quién deberá informar al facultativo sobre sus condiciones de trabajo.

1.3. El modelo consta de cuatro ejemplares, de los cuales tres se entregan a la trabajadora que a su vez una copia la remite al INSS y otra a la empresa, y el cuarto ejemplar quedará para el facultativo.

2. Maternidad e incapacidad temporal.

- a) **Los procesos de I.T. tendrán un período discontinuo en su evolución cuando se hallen interferidos por el descanso maternal**, de tal modo que se expedirá alta laboral en el momento de iniciar el descanso y nueva baja, si persistieran las circunstancias de incapacidad al concluir el subsidio de maternidad.
- b) **Los procesos de I.T. iniciados antes del parto** y sin que la interesada hubiera optado por el descanso maternal, se mantendrán en sus propios términos hasta el momento del parto, dejando siempre a salvo la posibilidad de opción de la interesada por dicho descanso.
- c) **A partir de la fecha del parto, deberá comenzar el disfrute del descanso por maternidad** que se mantendrá ininterrumpidamente. Si transcurrido éste, la anterior situación de I.T. persistiera, se reanudará el cómputo interrumpido.
- d) **Durante el descanso maternal no procederá el reconocimiento de una situación administrativa de I.T.** Agotado dicho período, si la be-

neficiaria necesitase asistencia sanitaria y se encontrase impedida para el trabajo, se iniciará la nueva situación de I.T.

Estas reglas se observarán con independencia de que los procesos de I.T. referidos, sean o no consecuencia del embarazo.

VII. INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

El control del absentismo laboral en el ámbito de actuación del INSALUD se halla encomendado a la Inspección de Servicios Sanitarios que a través de sus Inspecciones de Área tramita y controla los procesos que se certifican en su demarcación.

Las Inspecciones Médicas de Área, constituyen el núcleo donde se centra la gestión administrativa de los procesos. En ellas se puede encontrar información relativa a procesos en curso e históricos de un paciente en lo que tradicionalmente se conoce como ficha P-14.

Dichas fichas P-14, de gestión informatizada en la mayoría de las Áreas de Inspección mediante el Sistema de Información para la Gestión de la Incapacidad Temporal, junto con las observaciones clínico-administrativas que la Inspección puede haber realizado a lo largo del tiempo puede considerarse como una auténtica historia Clínico-Laboral del paciente. Su contenido se halla a disposición de cuantos facultativos del Sistema Público de Salud relacionados con la atención a la salud del paciente se interesen por ella.

Así mismo se puede encontrar en las Inspecciones Médicas de Área indicadores referidos a la prestación de I.T. por claves médicas tanto en lo que se refiere a procesos actuales como históricos. Los mismos pueden servir como control de la gestión que desde cada Zona Básica de Salud o facultativo se está realizando aparte del innegable valor epidemiológico que contienen.

En cualquier caso las Áreas de Inspección están a disposición de los facultativos médicos del INSALUD para cualquier duda relacionada con procesos de baja laboral.

Anexos

Anexo I: Partes de baja y alta laboral por contingencias comunes (Ejemplar para el S.P.S. –original– y Trabajador)

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	
		DATOS DEL TRABAJADOR NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____	
Domicilio		Localidad	Provincia
		Código postal	Teléfono
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa		Domicilio	Localidad
		Provincia	Código postal
Entidad pagadora / OC		Mutua	Actividad Empresa
Emp. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>		Código CHAE	Puesto de trabajo
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)			
DIAGNÓSTICO		Código CIE-9-IC	DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA/ MESES
		Duración estándar	De _____ días
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA _____ Fecha del ALTA (*) _____	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegado _____	
RECAÍDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>	
CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Faltamiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Ajustamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite reanudar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>			
R. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD			

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	
		DATOS DEL TRABAJADOR NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____	
Domicilio		Localidad	Provincia
		Código postal	Teléfono
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa		Domicilio	Localidad
		Provincia	Código postal
Entidad pagadora / OC		Mutua	Actividad Empresa
Emp. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>		Código CHAE	Puesto de trabajo
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)			
DIAGNÓSTICO		Código CIE-9-IC	DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA/ MESES
		Duración estándar	De _____ días
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA _____ Fecha del ALTA (*) _____	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegado _____	
RECAÍDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>	
CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Faltamiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Ajustamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite reanudar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>			
R. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para el TRABAJADOR			

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo I

(Ejemplares para remitir al INSS, ISM ó MATEPSS y ejemplar para la empresa para remitirlo a su vez al INSS, ISM o MATEPSS)

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES				SEGURIDAD SOCIAL							
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>		DATOS DEL TRABAJADOR							
NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____											
Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal		Teléfono			
DATOS DE LA EMPRESA											
Nombre de la Empresa			Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal		
Entidad pago IT / CC		Enpr. Colaboradora <input type="checkbox"/>		Mutua		Actividad Empresa		Código CNIE		Puesto de trabajo	
MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>											
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)											
DIAGNÓSTICO						Código CE-8 M:		Duración estándar De _____ a _____ días		DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS _____ MESES _____	
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Fecha de la BAJA _____ PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Fecha del ALTA (?) _____		DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS				CAUSA DEL ALTA					
RECAÍDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>				Curación <input type="checkbox"/> Falta de curación <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparación <input type="checkbox"/>	
R.9 (*) En las partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA											

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES				SEGURIDAD SOCIAL						
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>		DATOS DEL TRABAJADOR						
NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____										
Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal		Teléfono		
DATOS DE LA EMPRESA										
Nombre de la Empresa			Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal	
Entidad pago IT / CC		Enpr. Colaboradora <input type="checkbox"/>		Mutua		Actividad Empresa		Código CNIE		Puesto de trabajo
MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>										
(DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?)										
						DÍAS _____		MESES _____		
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Fecha de la BAJA _____ PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Fecha del ALTA (?) _____		DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS				CAUSA DEL ALTA				
RECAÍDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>				Curación <input type="checkbox"/> Falta de curación <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparación <input type="checkbox"/>
R.9 (*) En las partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA)										

Anexo I.a.: Partes de baja y alta laboral por contingencias comunes.
 (Modelo del INSALUD para utilización mediante sistema TAIR de etiqueta identificativa)

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL
1.- Datos de cumplimentación MANUAL		2.- Datos MECANIZADOS (*)
DATOS DEL TRABAJADOR: Num. Afiliación Seguridad Social: _____ D.N.: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Tel.: _____ SITUACIÓN LABORAL ACTIVO: <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO: <input type="checkbox"/> DATOS DE LA EMPRESA: Nombre Empresa: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____ Actividad: _____ Código CNAE: _____ Puesto trabajo: _____ MULTA: _____ DIAGNÓSTICO: _____ Código OE y IC: _____ DESCRIPCIÓN LIMITACIÓN CAPACIDAD FUNCIONAL (parte de baja)/RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (parte de alta) _____ Duración probable de la BAJA: <input type="checkbox"/> DÍAS <input type="checkbox"/> MESES Duración estimada: _____ a _____ días DATOS DEL INCAPACITADO: Nombre y apellidos: _____ Num. de colegiado: _____ Num. de CIAS: _____ Fecha y hora: _____		DATOS DEL TRABAJADOR: PÁGINA SOCIAL SANITARIA: _____ INICIAL: _____ INCAPACITADO: _____ ALTERNANCIA: <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> AUTOPROTECCIÓN: <input type="checkbox"/> E. HORAS <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> E. HORAS <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> FECHA DE BAJA: <input type="checkbox"/> Fecha de BAJA: _____ FECHA DE ALTA: <input type="checkbox"/> Fecha de ALTA (**): _____ INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> Incapacidad COMÚN <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> Accidente NO LABORAL <input type="checkbox"/> CARÁCTER DE ALTA: CURACIÓN: <input type="checkbox"/> AGOTAMIENTO DE PLAZO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> MEDICINA QUE PERMITE REALIZAR SU TRABAJO HABITUAL: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> Incapacidad de pago ITC: _____ INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/>
(*) En las partes de ALTA, cumplimentar también los datos de la BAJA. Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD.		(*) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO. Ejemplar de ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recuadro sin SOMBRADO.

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL
1.- Datos de cumplimentación MANUAL		2.- Datos MECANIZADOS (*)
DATOS DEL TRABAJADOR: Num. Afiliación Seguridad Social: _____ D.N.: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Tel.: _____ SITUACIÓN LABORAL ACTIVO: <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO: <input type="checkbox"/> DATOS DE LA EMPRESA: Nombre Empresa: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____ Actividad: _____ Código CNAE: _____ Puesto trabajo: _____ MULTA: _____ DIAGNÓSTICO: _____ Código OE y IC: _____ DESCRIPCIÓN LIMITACIÓN CAPACIDAD FUNCIONAL (parte de baja)/RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (parte de alta) _____ Duración probable de la BAJA: <input type="checkbox"/> DÍAS <input type="checkbox"/> MESES Duración estimada: _____ a _____ días DATOS DEL INCAPACITADO: Nombre y apellidos: _____ Num. de colegiado: _____ Num. de CIAS: _____ Fecha y hora: _____		DATOS DEL TRABAJADOR: PÁGINA SOCIAL SANITARIA: _____ INICIAL: _____ INCAPACITADO: _____ ALTERNANCIA: <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> AUTOPROTECCIÓN: <input type="checkbox"/> E. HORAS <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> E. HORAS <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> FECHA DE BAJA: <input type="checkbox"/> Fecha de BAJA: _____ FECHA DE ALTA: <input type="checkbox"/> Fecha de ALTA (**): _____ INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> Incapacidad COMÚN <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> Accidente NO LABORAL <input type="checkbox"/> CARÁCTER DE ALTA: CURACIÓN: <input type="checkbox"/> AGOTAMIENTO DE PLAZO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> MEDICINA QUE PERMITE REALIZAR SU TRABAJO HABITUAL: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> Incapacidad de pago ITC: _____ INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/> INCAPACITADO: <input type="checkbox"/>
(*) En las partes de ALTA, cumplimentar también los datos de la BAJA. Ejemplar para remitir a los Servicios Médicos del I.N.S.S. o MULTA.		(*) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO. Ejemplar de ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recuadro sin SOMBRADO.

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo I.a

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR. 1.- Datos de cumplimentación MANUAL.

Num. Afiliación Seguridad Social: D/I:

Dirección: Localidad:

Provincia: C.P.:

SITUACIÓN LABORAL: ACTIVO: DESEMPLEADO:

DATOS DE LA EMPRESA.

Nombre Empresa: Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Actividad: Código CNAE: Puesto trabajo:

MUTUA:

Libertades probables de la BAJA: DÍAS MESES Duración estimada: Días Meses

DATOS DEL FACULTATIVO.

Nombre y apellidos:

Núm. de colegiado:

Núm. de CIAS:

Firma y sello:

RF (*) En las partes de ALTA, cumplimentar también la fecha de la BAJA. Ejemplar para el TRABAJADOR.

DATOS DEL TRABAJADOR. 2.- Datos MECANIZADOS (*)

NUMEROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

SEGUIMIENTO:

APPELLIDOS:

TRÁMITE:

GENERAL: NAB:

AUTONÓMICO: E. NOGAR:

AGR. CONV. EN: DE CONDÓN:

AGR. COMEN.:

PARTE DE BAJA: Fecha de BAJA:

PARTE DE ALTA: Fecha de ALTA (**):

ENFERMEDAD: SI Enfermedad COMUNAL

NO SI Accidente NO LABORAL

CAUSAS DE ALTA:

CUACCIÓN: AGOTAMIENTO DE BAJA:

PERECCIONADO:

INSPECCIÓN MÉDICA: MEJORA QUE PERMITE REALIZAR SU TRABAJO HABITUAL:

PROPUESTA DE INVALIDEZ: INCOMPARACIÓN:

Forma de pago ITCC:

MUTUA: D/I:

(*) NO RELENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Rellene la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recuadro en SOMBRADO.

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR. 1.- Datos de cumplimentación MANUAL.

Num. Afiliación Seguridad Social: D/I:

Dirección: Localidad:

Provincia: C.P.:

SITUACIÓN LABORAL: ACTIVO: DESEMPLEADO:

DATOS DE LA EMPRESA.

Nombre Empresa: Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Actividad: Código CNAE: Puesto trabajo:

MUTUA:

Libertades probables de la BAJA: DÍAS MESES Duración estimada: Días Meses

DATOS DEL FACULTATIVO.

Nombre y apellidos:

Núm. de colegiado:

Núm. de CIAS:

Firma y sello:

RF (*) En las partes de ALTA, cumplimentar también la fecha de la BAJA. Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al I.N.S.S. o MUTUA).

DATOS DEL TRABAJADOR. 2.- Datos MECANIZADOS (*)

NUMEROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

SEGUIMIENTO:

APPELLIDOS:

TRÁMITE:

GENERAL: NAB:

AUTONÓMICO: E. NOGAR:

AGR. CONV. EN: DE CONDÓN:

AGR. COMEN.:

PARTE DE BAJA: Fecha de BAJA:

PARTE DE ALTA: Fecha de ALTA (**):

ENFERMEDAD: SI Enfermedad COMUNAL

NO SI Accidente NO LABORAL

CAUSAS DE ALTA:

CUACCIÓN: AGOTAMIENTO DE PLAZO:

PERECCIONADO:

INSPECCIÓN MÉDICA: MEJORA QUE PERMITE REALIZAR SU TRABAJO HABITUAL:

PROPUESTA DE INVALIDEZ: INCOMPARACIÓN:

Forma de pago ITCC:

MUTUA: D/I:

(*) NO RELENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Rellene la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recuadro en SOMBRADO.

Anexo II: Partes de confirmación por contingencias comunes

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL									
DATOS DE LA EMPRESA		DATOS DEL TRABAJADOR									
Nombre de la Empresa _____		NÚM. TARJETA SANITARIA: _____									
Entidad pago IT / CC _____		NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____									
Emp. Colaborador <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____									
Mutua _____		NOMBRE Y APELLIDOS _____									
DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL _____		Código CE 9 MC									
DIAGNÓSTICO DE BAJA _____		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									
DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN _____		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____											
INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 2º PARTE (día 18 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES											
TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____											
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS _____											
DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA _____		Duración probable del proceso desde esta fecha									
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									
INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 51)											
DOLENCIAS PRECEDIDAS _____											
¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Selo Número de colegiado <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					
PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
R 9/1 Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD											

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL									
DATOS DE LA EMPRESA		DATOS DEL TRABAJADOR									
Nombre de la Empresa _____		NÚM. TARJETA SANITARIA: _____									
Entidad pago IT / CC _____		NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____									
Emp. Colaborador <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____									
Mutua _____		NOMBRE Y APELLIDOS _____									
DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL _____		Código CE 9 MC									
DIAGNÓSTICO DE BAJA _____		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									
DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN _____		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____											
INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 2º PARTE (día 18 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES											
TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____											
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS _____											
DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA _____		Duración probable del proceso desde esta fecha									
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									
INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 51)											
DOLENCIAS PRECEDIDAS _____											
¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Selo Número de colegiado <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					
PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
R 9/1 Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA											

* Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo II.a

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

DATOS DEL TRABAJADOR		1.- Datos de contabilización MANUAL	
Núm. Afiliación Seguridad Social:	D.N.I.:		
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa:			
Mutua:			

8 971
Rellenar para el TRABAJADOR.

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR		2.- Datos MECANIZADOS (*)	
PLUMA, TAPI, SANTURA:			
PROCESO:			
PRELIDOS:			
Efectividad de pago IVCC:		INSS: <input type="checkbox"/>	
		MUTUA: <input type="checkbox"/> ICAJ: <input type="checkbox"/>	
FECHA:		[][][][][][]	
PARTE DE CONFIRMACIÓN N.º:		[][][][][][]	
ETIQUETA IDENTIFICATIVA			
DATOS DEL FACULTATIVO			
Nombre y apellidos:			
Núm. colegiado:			
Núm. CIAS:			
Firma y sello. (Borrar siempre)			

(*) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Rellenar la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el momento.

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

DATOS DEL TRABAJADOR		1.- Datos de contabilización MANUAL	
Núm. Afiliación Seguridad Social:	D.N.I.:		
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa:			
Mutua:			

8 971
Rellenar para la EMPRESA (para remitir al I.M.S.S. o MUTUA).

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR		2.- Datos MECANIZADOS (*)	
PLUMA, TAPI, SANTURA:			
PROCESO:			
PRELIDOS:			
Efectividad de pago IVCC:		INSS: <input type="checkbox"/>	
		MUTUA: <input type="checkbox"/> ICAJ: <input type="checkbox"/>	
FECHA:		[][][][][][]	
PARTE DE CONFIRMACIÓN N.º:		[][][][][][]	
ETIQUETA IDENTIFICATIVA			
DATOS DEL FACULTATIVO			
Nombre y apellidos:			
Núm. colegiado:			
Núm. CIAS:			
Firma y sello. (Borrar siempre)			

(*) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Rellenar la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el momento.

Anexo III: Informe médico trimestral de control

INFORME MÉDICO TRIMESTRAL de CONTROL DE I.T.

Núm. Afiliación a la Seguridad Social.

Núm. Documento Nacional de Identidad.

Fecha de la BAJA:

Etiqueta identificativa.

Núm. de Parte Trimestral:

Datos del enfermo. *(Rellenar solo en caso de no utilizar la etiqueta identificativa)*

Nombre y apellidos:

INFORME:

Datos de Inspección:

Médico Inspector:

Área de Inspección:

Firma, Fecha y Sello.

Anexo IV: Propuesta de alta médica

INSTITUTO NACIONAL DE
SEGURIDAD SOCIAL

PROPUESTA DE ALTA MÉDICA

INSPECCIÓN N°

DATOS DEL TRABAJADOR

- Núm. de tarjeta sanitaria.....
- Núm. de afiliación.....
- Núm. de DNI.....
- Nombre y apellidos.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN

- Fecha de la baja.....
- Diagnóstico o código diagnóstico de la baja.....
- Contingencia.....
- Puesto de trabajo.....

CAUSA QUE MOTIVA LA PROPUESTA DE ALTA

- Curación.
- Faltamiento.
- Propuesta de Invalidez.
- Mejoría que permite realizar el trabajo habitual.
- Incomparecencia.

JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Se acompaña documentación complementaria:

- SÍ NO

Por todo lo cual, se concluye que el trabajador no está impedido para el trabajo y se propone el alta médica, según lo dispuesto en el artículo 14 de la Orden Ministerial de 18 de junio del 87, por la que se desampla el Real Decreto 575/81, de 18 de abril, que regula determinadas aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

EL FACULTATIVO.

Fecha, firma y nº de colegiado.

Se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo del INSS, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8 del Real Decreto 578/87, de 18 de abril.

EL INSPECTOR MÉDICO.

Fecha, firma y nº de colegiado.

Estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica y emito el alta con fecha.....

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:.....

EL FACULTATIVO.

Fecha, firma y nº de colegiado.

Estoy de acuerdo con el pronunciamiento del facultativo.

No hay pronunciamiento expreso del facultativo, en el plazo previsto.

Discrepancia con el pronunciamiento del facultativo.

Por este motivo, esta Inspección médica informa lo siguiente:.....

EL INSPECTOR MÉDICO.

Fecha, firma y nº de colegiado.

Anexo VI: Informe clínico del enfermo pendiente de calificación de invalidez



INFORME CLÍNICO DEL ENFERMO PENDIENTE DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ		1.- Datos de cumplimiento MANUAL
DATOS DEL ENFERMO		
Numero de Afiliación a la Seguridad Social:	D.N.I.	
Domicilio:		
Localidad:	C.P.	
Teléfono:	Estado Civil (1):	
Profesión habitual:	Puesto de trabajo:	
DATOS DE LA EMPRESA		
Nombre de la Empresa:		
Domicilio:		
Localidad:	C.P.	
DATOS ADMINISTRATIVOS		
Fecha de la baja:	Día: <input type="text"/>	Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
Fecha del alta por agotamiento de plaza:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contingencia causante de la L.T. (2)	Régimen de la Seguridad Social:	
Área de Inspección (3)		
SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL		
1.- Persistencia:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2.- Cambio por:	Curación: <input type="checkbox"/>	Mejoría: <input type="checkbox"/> Agreventado: <input type="checkbox"/>
Si ha señalado el apartado 2 (cambio de situación clínica), deberá cumplimentar este informe, explicando los motivos de dicho cambio:		
DATOS DEL ENFERMO		
2.- Datos MECANIZADOS (4)		
NÚMERO DE TARJETA SANITARIA:		
NOMBRE:		
APELLIDOS:		
DATOS DEL FACULTATIVO		ETIQUETA IDENTIFICATIVA
Nombre y apellidos:		
Número de colegiado:		
Número de CIAS:		FECHA, FIRMA Y SELLO
		FIRMAR MEDICINA
<p>(1) Estado civil: C. casado/a, S. soltero/a, V. viudo/a, O. otros. (2) Contingencia: EC. enfermedad común, ANL. accidente no laboral, AT. accidente de trabajo, EP. enfermedad profesional. (3) INDICAR EL Nº DE ÁREA DE INSPECCIÓN o la ubicación de la INSPECCIÓN en el CENTRO SANITARIO. (4) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, siendo la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el resultado.</p> <p>EJEMPLAR para el Facultativo de Atención Primaria</p>		

Anexo VII: Partes de baja y alta laboral por contingencias profesionales*

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES				SEGURIDAD SOCIAL			
RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR			
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA: _____			
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____			
AGR. CAJAJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____			
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS: _____			
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>			Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____			
DATOS DE LA EMPRESA							
Nombre de la Empresa		Domicilio		Localidad		Provincia	
Entidad pago IT / CP		Actividad Empresa		Código CNAE		Puesto de trabajo	
INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>							
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)							
						DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS: _____ MESES: _____	
DIAGNÓSTICO				Código CE-4 HC		Duración estándar De _____ a _____ días	
PARTE DE BAJA	<input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP	<input type="text"/>	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
PARTE DE ALTA	<input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA	<input type="text"/>				
Les	<input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*)	<input type="text"/>				
Que	<input type="checkbox"/>						
Muy grave	<input type="checkbox"/>	Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Firma, Fecha y Sello		Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/>	
RECORRER	<input type="checkbox"/>	Enteidad Profesional	<input type="checkbox"/>				
SI	<input type="checkbox"/>	Períodos de Observación por E.P.	<input type="checkbox"/>	Número de colegiado			
NO	<input type="checkbox"/>						
R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD							

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES				SEGURIDAD SOCIAL			
RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR			
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA: _____			
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____			
AGR. CAJAJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____			
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS: _____			
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>			Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____			
DATOS DE LA EMPRESA							
Nombre de la Empresa		Domicilio		Localidad		Provincia	
Entidad pago IT / CP		Actividad Empresa		Código CNAE		Puesto de trabajo	
INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>							
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)							
						DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS: _____ MESES: _____	
DIAGNÓSTICO				Código CE-4 HC		Duración estándar De _____ a _____ días	
PARTE DE BAJA	<input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP	<input type="text"/>	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
PARTE DE ALTA	<input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA	<input type="text"/>				
Les	<input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*)	<input type="text"/>				
Que	<input type="checkbox"/>						
Muy grave	<input type="checkbox"/>	Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Firma, Fecha y Sello		Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/>	
RECORRER	<input type="checkbox"/>	Enteidad Profesional	<input type="checkbox"/>				
SI	<input type="checkbox"/>	Períodos de Observación por E.P.	<input type="checkbox"/>	Número de colegiado			
NO	<input type="checkbox"/>						
R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM							

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo VII

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN		SITUACIÓN	
GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	
		NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____	
Domicilio		Localidad	Provincia
		Código postal	
		Teléfono	
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa		Domicilio	Localidad
		Provincia	
		Código postal	
Entidad pago IT / CP		Actividad Empresa	Código CNAE
		Puesto de trabajo	
NSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>			
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)			
DIAGNÓSTICO		Código CE-9 MC	DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?
		DÍAS	
		MESES	
DURACIÓN estándar De _____ a _____ días			
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP _____ Fecha de la BAJA _____ Fecha del ALTA (*) _____ Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Período de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegiado _____	CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>
R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimenta también la fecha de la baja. Ejemplar para el TRABAJADOR			

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN		SITUACIÓN	
GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>		ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	
		NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____	
Domicilio		Localidad	Provincia
		Código postal	
		Teléfono	
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa		Domicilio	Localidad
		Provincia	
		Código postal	
Entidad pago IT / CP		Actividad Empresa	Código CNAE
		Puesto de trabajo	
NSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>			
DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?			
		DÍAS	
		MESES	
PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha del AT o EP _____ Fecha de la BAJA _____ Fecha del ALTA (*) _____ Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Período de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>	DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegiado _____	CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/>
R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimenta también la fecha de la baja. Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM)			

Continuación del anexo VIII

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		SEGURIDAD SOCIAL																
DATOS DE LA EMPRESA		DATOS DEL TRABAJADOR																
Nombre de la Empresa _____ Entidad pago IT / CP INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____																	
DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL																		
DIAGNÓSTICO DE BAJA: _____ DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN: _____ DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA: _____	Código CIE-10 <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																	
INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (día 21 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES																		
TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO: _____																		
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: _____																		
DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA: _____		DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																
INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 50)																		
DOLENCIAS PRECEDIDAS: _____																		
¿SE PREVEE CURACIÓN DENTRO DE LOS 8 MESES SIGUIENTES? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		
Fecha: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>					DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS _____ Firma, Fecha y Sello Número de colegiado: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>													
PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																		
R 9/5 Ejemplar para el TRABAJADOR																		

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		SEGURIDAD SOCIAL					
DATOS DE LA EMPRESA		DATOS DEL TRABAJADOR					
Nombre de la Empresa _____ Entidad pago IT / CP INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____						
Fecha: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>							
PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>							
R 9/5 Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM)							
DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS _____ Firma, Fecha y Sello Número de colegiado: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>							

Anexo IX: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias comunes

COMUNICACIÓN DE LA INTENCIÓN DEL FACULTATIVO DEL INSS DE EXPEDIR EL PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR	
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NOM. TARJETA SANITARIA	
AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NOM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
AGR. OROPAL <input type="checkbox"/>		NOM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	
AGR. OIAJIDA <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS	
MAP <input type="checkbox"/>			
E. HDGAR <input type="checkbox"/>			
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>			
Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
Teléfono			
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa		Puesto de trabajo	
"Entidad pago ITCC"		Módulo	
E. COLAB. <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>	INSS <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO			
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO			Código CIE-9 MC
Fecha de la BAJA		CAUSA DEL ALTA	
Fecha de reconocimiento médico		Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/>	
Fecha de efectos del ALTA		Incapacidad (Certific. Inspección) <input type="checkbox"/>	
R 9/2	ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/>	PARTE ENTREGA A NEGATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>	
	ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>		

Este documento contiene los mismos datos que la copia del parte médico de alta destruida al Servicio Público de Salud.

Ejemplar para la INSPECCIÓN MÉDICA u Órgano competente del Servicio Público de Salud

Anexo X: Parte de alta por contingencias comunes (a expedir por los facultativos del INSS)

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)			SEGURIDAD SOCIAL	
NOMBRE		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	ACTIVO
AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	ACTIVO
AGR. PROPIA	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
AGR. AJENA	<input type="checkbox"/>	NÚM. DOCUMENTO SOCIAL DE IDENTIDAD		
MAR	<input type="checkbox"/>	NOMBRE Y APELLIDOS		
E. HOGAR	<input type="checkbox"/>			
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>			
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal
Teléfono				
DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la Empresa		Puesto de trabajo		
"Entidad pago ITCC"		Mujer		
E. COLAB.	<input type="checkbox"/>	MUTUA	<input type="checkbox"/>	INSS
DIAGNÓSTICO				
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO				
				Código CIE-9 MC
Fecha de la BAJA	<input type="checkbox"/>	DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA
Fecha de reconocimiento médico	<input type="checkbox"/>	Pena, Puntos		Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/>
Fecha de efectos del ALTA	<input type="checkbox"/>	Módulo de diagnóstico		Incapacidad (Control de Inactividad) <input type="checkbox"/>
R 9/2	ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/>			PORTE ENTREGA A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>
	ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>			

durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Bompliar para el INSS

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)			SEGURIDAD SOCIAL	
NOMBRE		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	ACTIVO
AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	ACTIVO
AGR. PROPIA	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
AGR. AJENA	<input type="checkbox"/>	NÚM. DOCUMENTO SOCIAL DE IDENTIDAD		
MAR	<input type="checkbox"/>	NOMBRE Y APELLIDOS		
E. HOGAR	<input type="checkbox"/>			
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>			
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal
Teléfono				
DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la Empresa		Puesto de trabajo		
"Entidad pago ITCC"		Mujer		
E. COLAB.	<input type="checkbox"/>	MUTUA	<input type="checkbox"/>	INSS
DIAGNÓSTICO				
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO				
				Código CIE-9 MC
Fecha de la BAJA	<input type="checkbox"/>	DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA
Fecha de reconocimiento médico	<input type="checkbox"/>	Pena, Puntos		Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/>
Fecha de efectos del ALTA	<input type="checkbox"/>	Módulo de diagnóstico		Incapacidad (Control de Inactividad) <input type="checkbox"/>
R 9/2	ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/>			PORTE ENTREGA A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>
	ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>			

durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Bompliar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo X

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) **SEGURIDAD SOCIAL**

RÉGIMEN: GENERAL AUTÓNOMOS AGR. C/PROPIA AGR. C/AJENA MAR E. HOGAR M. CARBÓN

SITUACIÓN: ACTIVO DESEMPLEADO

DATOS DEL TRABAJADOR: NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO _____

DATOS DE LA EMPRESA: NOMBRE DE LA EMPRESA _____ PUESTO DE TRABAJO _____

ENTIDAD PAGO IT/CC: _____ MUTUA _____

E. COLAB. MUTUA INSS

DIAGNÓSTICO: _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO: _____

Código CIE-9 MC: _____

Fecha de la BAJA: _____
Fecha de reconocimiento médico: _____
Fecha de efectos del ALTA: _____

CAUSA DEL ALTA: Recuperación de la capacidad profesional Incapacidad Curativa (formación)

ENFERMEDAD COMÚN ACCIDENTE NO LABORAL

PARTE EMITIDA A INICIATIVA DE MUTUA

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de esta alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u oficina similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para la MUTUA

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) **SEGURIDAD SOCIAL**

RÉGIMEN: GENERAL AUTÓNOMOS AGR. C/PROPIA AGR. C/AJENA MAR E. HOGAR M. CARBÓN

SITUACIÓN: ACTIVO DESEMPLEADO

DATOS DEL TRABAJADOR: NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO _____

DATOS DE LA EMPRESA: NOMBRE DE LA EMPRESA _____ PUESTO DE TRABAJO _____

ENTIDAD PAGO IT/CC: _____ MUTUA _____

E. COLAB. MUTUA INSS

DIAGNÓSTICO: _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO: _____

Código CIE-9 MC: _____

Fecha de la BAJA: _____
Fecha de reconocimiento médico: _____
Fecha de efectos del ALTA: _____

CAUSA DEL ALTA: Recuperación de la capacidad profesional Incapacidad Curativa (formación)

ENFERMEDAD COMÚN ACCIDENTE NO LABORAL

PARTE EMITIDA A INICIATIVA DE MUTUA

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de esta alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u oficina similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para el TRABAJADOR

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo X

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)					SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR		
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NOM. (ALTA EMPLEADO)		
AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	N.º INSCRIPCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>			N.º DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		
AGR. C/ AJENA	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS		
MAR	<input type="checkbox"/>			Domicilio		
E. HOGAR	<input type="checkbox"/>			Localidad		
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>			Provincia		
				Código Postal		Teléfono
DATOS DE LA EMPRESA						
Nombre de la Empresa				Puesto de trabajo		
Entidad pago IT/CC*			Mutua			
E. COLAB. <input type="checkbox"/>			MUTUA <input type="checkbox"/>			
			INSS <input type="checkbox"/>			
Fecha de la BAJA						
Fecha de reconocimiento médico						
Fecha de efectos del ALTA						
B. 9/2		ENFERMEDAD COMÚN		DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA
		ACCIDENTE NO LABORAL		Puesto, Fecha		Recuperación de la capacidad profesional
				Número de expediente		Incapacidad (Contratos formación)
						PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/>

Ejemplar para la EMPRESA

Anexo XI: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias profesionales

COMUNICACIÓN DE LA INTENCIÓN DEL FACULTATIVO DEL INSS DE EXPEDIR EL PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES			SEGURIDAD SOCIAL	
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR		
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANEATA		
AGR. PROPIA <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
AGR. AJENA <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		
MAR <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS		
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>				
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal
Nombre de la Empresa		Puesto de trabajo		
DIAGNÓSTICO				
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO				Código CE-9 MC
Fecha de la BAJA	DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA	
Fecha de reconocimiento médico	Plaza, Fecha		Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/>	
Fecha de efectos del ALTA			Incompetencia (Comisión formativa) <input type="checkbox"/>	
Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	Número de colegiado			
Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>				
Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/>				
R 9/3	Este documento contiene los mismos datos que la copia del parte médico de alta destinada al Servicio Público de Salud			

Ejemplar para la INSPECCIÓN MÉDICA u Órgano competente del Servicio Público de Salud

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES			SEGURIDAD SOCIAL	
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)				
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR		
GENERAL <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANEATA		
AGR. PROPIA <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
AGR. AJENA <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		
MAR <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS		
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>				
Domicilio		Localidad	Provincia	Código Postal
Nombre de la Empresa		Puesto de trabajo		
DIAGNÓSTICO				
RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO				Código CE-9 MC
Fecha de la BAJA	DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA	
Fecha de reconocimiento médico	Plaza, Fecha		Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/>	
Fecha de efectos del ALTA			Incompetencia (Comisión formativa) <input type="checkbox"/>	
Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	Número de colegiado			
Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>				
Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/>				
R 9/3	Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección Médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.			

Ejemplar para el INSS

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo XI

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)		SEGURIDAD SOCIAL
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>	SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	DATOS DEL TRABAJADOR N.º TARJETA IDENTARIA _____ N.º APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____ N.º DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____
Domicilio _____		Localidad _____
Provincia _____		Código Postal _____ Teléfono _____
DATOS DE LA EMPRESA Nombre de la Empresa _____ Puesto de trabajo _____		
DIAGNÓSTICO RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____		
Fecha de la BAJA _____ Fecha de reconocimiento médico _____ Fecha de efectos del ALTA _____		DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha _____ Número de colegiado _____
Asistente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/>		CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incompetencia (Conatos formativa) <input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">R 9/3</div>		
<p><small>Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.</small></p>		

Reemplazar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)		SEGURIDAD SOCIAL
RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/>	SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	DATOS DEL TRABAJADOR N.º TARJETA IDENTARIA _____ N.º APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____ N.º DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____
Domicilio _____		Localidad _____
Provincia _____		Código Postal _____ Teléfono _____
DATOS DE LA EMPRESA Nombre de la Empresa _____ Puesto de trabajo _____		
DIAGNÓSTICO RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____		
Fecha de la BAJA _____ Fecha de reconocimiento médico _____ Fecha de efectos del ALTA _____		DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha _____ Número de colegiado _____
Asistente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/>		CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incompetencia (Conatos formativa) <input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">R 9/3</div>		
<p><small>Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.</small></p>		

Reemplazar para el TRABAJADOR

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo XI

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES		(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS)		SEGURIDAD SOCIAL									
RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR											
GENERAL..... <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA.....											
AGR. C/PROPIA..... <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL.....											
AGR. C/AFIENA..... <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD.....											
MAR..... <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS.....											
M. CARBÓN..... <input type="checkbox"/>													
Domicilio.....		Localidad.....	Provincia.....	Código Postal.....	Teléfono.....								
DATOS DE LA EMPRESA													
Nombre de la Empresa.....			Puesto de trabajo.....										
Fecha de la BAJA.....		DATOS DEL FACULTATIVO		CAUSA DEL ALTA									
Fecha de reconocimiento médico.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Firma, Fecha.....		Recuperación de la capacidad profesional..... <input type="checkbox"/>	
Fecha de efectos del ALTA.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Incomparecencia (Contratos formación)..... <input type="checkbox"/>			
Accidente de Trabajo..... <input type="checkbox"/>		Número de colegiado.....											
Enfermedad Profesional..... <input type="checkbox"/>													
Periodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/>													
R 9/3													
Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de esta alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.													

Ejemplar para la EMPRESA

Anexo XII: Informe clínico laboral modelo p.47



Ministerio de Sanidad y Consumo
CENTRO NACIONAL DE LA SALUD

INFORME CLÍNICO-LABORAL

DADOS DEL FACULTATIVO FIRMANTE	Nombre	Colegiado Nº	
	Dirección	Nº Localidad	A. P. Provincia

DADOS DEL TRABAJADOR	Apellidos y nombre		Fecha nacimiento		Nº Afiliación a la S. S.
	Dirección	Nº Localidad	A. P.	D. N. I. Nº	
	Profesión preferentemente ejercida durante su vida laboral				

DADOS DE LA EMPRESA EMPRESAS	Nombre o razón social		Nº Inscripción a la S. S.
	Dirección		
	Entidad Gestora o Arriba Patronal de A. T.		
	Luzera o razón social		Nº Inscripción a la S. S.
	Dirección		
Entidad Gestora o Arriba Patronal de A. T.			

DADOS SOBRE LA INCAPACIDAD LABORAL TRABAJADORA	Causa de la Incapacidad (Solo en X el momento que corresponden)		Enfermedad Común	<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo de Laboral
	Profesión que ejercía en el momento de la baja		Otro parte de confirmación médica	
	Fecha de la baja	Fecha de la iniciación de la I. L. T.	Fecha de la iniciación de nivel. Prev.	

DADOS SOBRE EL ACCIDENTE	Fecha en que se produjo de la lesión	
	Lesiones producidas	

DIAGNÓSTICO FÍSICO Y QUÍMICO CLÍNICO	
--------------------------------------	--

TATUAMIENTO AL QUE HA ESTADO SUJETO TEMPORAL	
--	--

SITUACIÓN FÍSICO ACTUAL	¿ Están aplicados los procedimientos terapéuticos recomendados ?
	¿ Se está dando de alta médicamente ?
	¿ En que fecha ?

Fecha _____
(Firma del Facultativo)

Anexo XIII: Modelo 3-AT-19-B, parte de asistencia sanitaria por accidente

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE			
Empresa:	Nº Inscripción a la S.S.		
Domicilio:	Localidad:		
ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA:			
Nombre y apellidos del trabajador accidentado:	Nº Afiliación Seguridad Social		
Domicilio del trabajador:	Localidad:		
QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO A LAS			
Hora	HORAS DEL DIA	Fecha del accidente:	CUANDO REALIZABA LAS TAREAS
Tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente:			
Naturaleza de las lesiones:			
A efectos del REGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO esta empresa está incluida en			
I.N.S.S. o Mutua Patronal		Provincia:	
Lugar y fecha:			
(Firma y sello de la Empresa)			
Servicios Sanitarios de la Seguridad Social	Entidad sanitaria o Médico a quien se cursa el Parte:		

Mod. 3-AT-19-B 2/3 UNE A-4, (148 e 140)

Anexo XV: Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de Seguridad Social (R.D. 1995/78 de 12 de mayo)*

- A) E.P. producidas por agentes químicos:
- 1 Plomo y sus compuestos
 - 2 Mercurio y sus compuestos
 - 3 Cadmio y sus compuestos
 - 4 Manganeso y sus compuestos
 - 5 Cromo y sus compuestos
 - 6 Níquel y sus compuestos
 - 7 Berilio (glucinio) y sus compuestos
 - 8 Talio y sus compuestos
 - 9 Vanadio y sus compuestos
 - 10 Fósforo y sus compuestos
 - 11 Arsénico y sus compuestos
 - 12 Cloro y sus compuestos inorgánicos
 - 13 Bromo y sus compuestos inorgánicos
 - 14 Yodo y sus compuestos inorgánicos
 - 15 Flúor y sus compuestos
 - 16 Acido nítrico
 - 17 Oxidos de azufre
 - 18 Amoníaco
 - 19 Anhídrido sulfuroso
 - 20 Acido sulfúrico
 - 21 Acido sulfhídrico
 - 22 Sulfuro de carbono
 - 23 Oxido de carbono
 - 24 Oxicloruro de carbono
 - 25 Acido cianhídrico, cianuros y compuestos de cianógeno
 - 26 Hidrocarburos alifáticos saturados o no; cíclicos o no, constituyentes del éter, del petróleo y de la gasolina.
 - 27 Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos, saturados o no, cíclicos o no.
 - 28 Alcoholes.
 - 29 Glicoles
 - 30 Eteres y sus derivados.
 - 31 Cetonas.
 - 32 Esteres orgánicos y sus derivados halogenados
 - 33 Acidos orgánicos
 - 34 Aldehídos
 - 35 Nitroderivados alifáticos
 - 36 Esteres del ácido nítrico
 - 37 Benceno, tolueno, xileno y otros homólogos del benceno
 - 38 Naftaleno y sus homólogos
 - 39 Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos
 - 40 Fenoles, homólogos y sus derivados halogenados
- 41 Aminas (primarias, secundarias, terciarias, eterocíclicas) e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados
- 42 Poliuretanos (isocianatos)
- 43 Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos y de los fenoles
- B) E.P. de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados:
- 1 Cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y a los compuestos, productos, y residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos.
 - 2 Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados.
- C) E.P. provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados:
- 1 Neumoconiosis
 - a) Silicosis, asociada o no a tuberculosis pulmonar.
 - b) Asbestosis, asociada o no a la tuberculosis pulmonar o al cáncer de pulmón.
 - c) Neumoconiosis debida a los polvos de silicatos.
 - d) Cannabosis y bagazosis.
 - 2 Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos o humos de aluminio o de sus compuestos.
 - 3 Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos de los metales duros, taico, etc.
 - 4 Afecciones broncopulmonares causadas por los polvos de escorias Thomas.
 - 5 Asma provocado en el medio profesional por las sustancias no Incluidas en otros apartados.
 - 6 Enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación o ingestión de polvos, líquidos, gases o vapores.

* Continua en la página siguiente.

D) E.P. infecciosas y parasitarias:

- 1 Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal, anguillulosis.
- 2 Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre papataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishmaniosis, pian, tífus exantemático y otras rickettsiosis.
- 3 Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres (para el tétanos se incluirán también los trabajos con excretas humanas o animales).
- 4 Enfermedades infecciosas o parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación.

E) E.P. producidas por agentes físicos:

- 1 Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes.
- 2 Catarata producida por la energía radiante.
- 3 Hipoacusia o sordera provocada por el ruido.
- 4 Enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido.
- 5 Enfermedades osteoarticulares o angineuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas.
- 6
 - a) Enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas.
 - b) Enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos,

de las inserciones musculares y tendinosas.

- c) Lesiones del menisco en las minas y trabajos subterráneos.
- d) Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosa.
- e) Parálisis de los nervios debidas a la presión.
- 7 Nistagmus de los mineros.

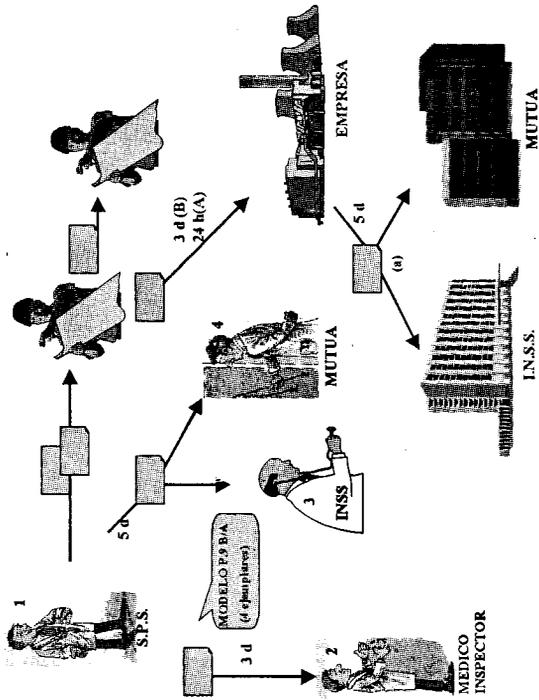
F) Enfermedades sistemáticas:

- 1 Distrofia incluyendo la ulceración de la córnea por gases, vapores, polvos y líquidos.
- 2 Carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbesto. Mesotelioma pleural y mesotelioma peritoneal debidos a la misma causa.
- 3 Carcinoma de la membrana mucosa de la nariz, senos nasales, bronquio o pulmón adquirido en industrias donde se fabrica o manipula níquel.
- 4 Angiosarcoma hepático causado por el cloruro de vinilo.
- 5 Cáncer del sistema hematopoyético causado por el benceno.
- 6 Carcinoma de piel, bronquio, pulmón o hígado causado por el arsénico.
- 7 Neoplasia primaria del tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal o uréter.
- 8 Cáncer de piel, pulmón, hueso y médula ósea por radiaciones ionizantes.
- 9 Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.

Diagramas

Diagrama I: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, parte de baja médica y alta

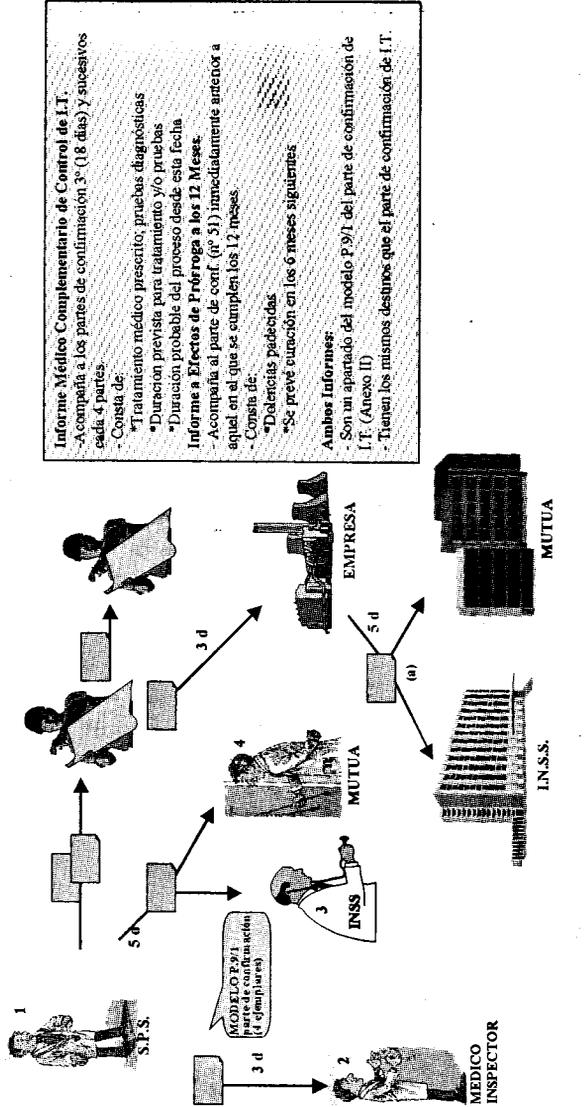
**PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES
PARTE DE BAJA MÉDICA Y ALTA**



PARTES EXPEDIDOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECONOCIMIENTO EN PARTE DE BAJA DESTINADO A MÉDICOS (2, 3, 4); DIAGNÓSTICO EN PARTE DE ALTA DESTINADO A MÉDICOS (2, 3, 4); RESULTADO Y MOTIVO DE ALTA (4) NO SE ENVÍA EN CASO DE SER ENTIDAD AUTOASEGURADORA

Diagrama II: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, parte de confirmación

PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES PARTE DE CONFIRMACIÓN DE I.T.



PARTE EXPEDIDO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RECONOCIMIENTO EL PRIMER PARTE DE C AL CUARTO DÍA. SIGUIENTES CADA 7 DÍAS EN PARTE C DESTINADO A 2.3.4. DIAGNÓSTICO. LIMITACIÓN CAPACIDAD FUNCIONAL, DURACIÓN PROBABLE (a) NO SE ENVÍA EN CASO DE SER ENTIDAD AUTOASEGURADORA

Diagrama III: Instrucciones de cumplimentación de parte de baja/alta por contingencias comunes mediante el sistema TAIR

Zona sin sombrear
CUMPLIMENTACIÓN MANUAL EN TODOS LOS CASOS

Zona sombreada: DATOS MECANIZADOS: No rellenar estos datos si se utiliza el Sistema TAIR. En caso contrario, consignar los datos personales del trabajador en las tres primeras líneas y señalar con una "X" -o con la correspondiente fecha- los recuadros establecidos al efecto.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

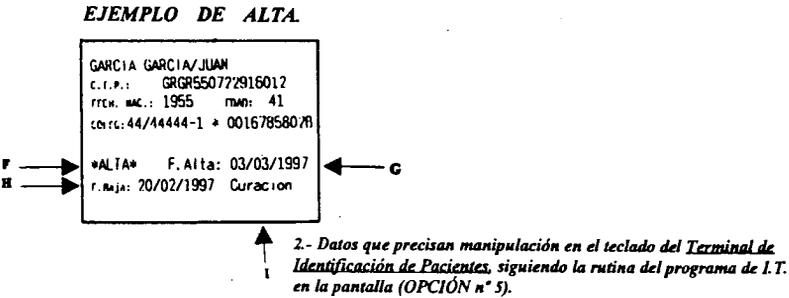
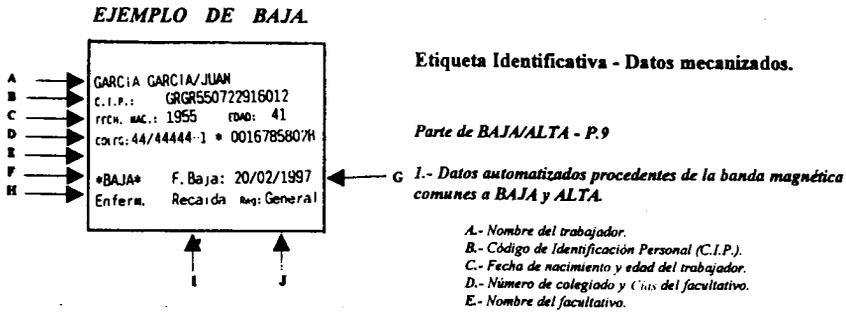
PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES	SEGURIDAD SOCIAL
<p>IDENTIFICACIÓN</p> <p>Nº de identificación: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>ACTIVO O DESEMPLEADO</p> <p>Actividad: _____</p> <p>Código de actividades empresariales: _____</p> <p>Código de puesto de trabajo: _____</p> <p>Entidad que paga la LT: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Descripción de la limitación de la capacidad funcional: _____</p> <p>Duración probable de la BAJA en días y/o meses: _____</p> <p>ETIQUETA IDENTIFICATIVA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>	<p>IDENTIFICACIÓN</p> <p>Nº de identificación: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>ACTIVO O DESEMPLEADO</p> <p>Actividad: _____</p> <p>Código de actividades empresariales: _____</p> <p>Código de puesto de trabajo: _____</p> <p>Entidad que paga la LT: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Descripción de la limitación de la capacidad funcional: _____</p> <p>Duración probable de la BAJA en días y/o meses: _____</p> <p>ETIQUETA IDENTIFICATIVA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>

- A. Nº de la Seguridad Social y del DNI. No omitir, ambos, en ningún caso.
- B. Domicilio del trabajador completo. Consignar también el distrito postal. Indicar el nº de teléfono.
- C. Marcar con una "X" el recuadro correspondiente - ACTIVO o DESEMPLEADO.
- D. Empresa en la que trabaja, dirección de la misma. Localidad, C.P. y provincia.
- E. Actividad de la empresa - Código de actividades empresariales - CNAE. Puesto de trabajo (Actividad concreta que realiza)
- F. Entidad que paga la LT, por contingencia COMÚN. CONSIGNAR EL NOMBRE (INSS, ISM o MUTUA de AT. y EP.).
- G. DIAGNÓSTICO: Consignar. Sin olvidar el CÓDIGO CIE 9 MC.
- H. Descripción de la limitación de la capacidad funcional (BAJA) - Resultado del reconocimiento (ALTA)
- I. Duración probable de la BAJA en días y/o meses.- Duración estándar, si existe. Consignar la duración estimada de la BAJA de acuerdo con la establecida en el Manual del INSALUD. En caso de que el diagnóstico no figure en dicho Manual poner el que se ajuste con más propiedad al caso, de acuerdo con el criterio del facultativo.
- J. En caso de no utilizar ETIQUETA IDENTIFICATIVA, consignar aquí los datos personales del facultativo. No olvidar firmar la parte siempre.

(*) Continúa en la página siguiente.

Continúa en la página siguiente.

Continuación Diagrama III



2.1.- En caso de BAJA.

- F.- BAJA (opciones: 1 Baja, 2 Confirmación, 3 Alta) + enter.
- G.- Fecha correspondiente a la BAJA (por defecto la del día, en caso contrario presionar la tecla "clear" y teclear teniendo en cuenta que no admite más de 30 días antes o 3 días después de la fecha de expedición) + enter.
- H.- Tipo de BAJA (1 enfermedad, 2 accidente no laboral) + enter.
- I.- Si es o no Recaida (1 si, 2 no) + enter.
- J.- Régimen de afiliación del trabajador (1 general, 2 autónomo, 3 agrario cuenta propia, 4 agrario cuenta ajena, 5 reg. del mar, 6 emp. del hogar, 7 otro) + enter.

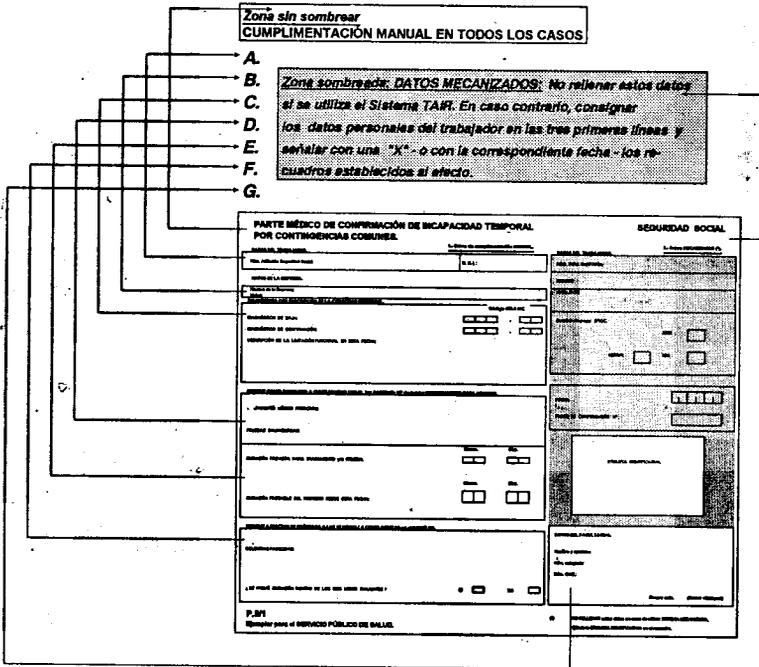
2.2.- En caso de ALTA.

- F.- ALTA (opciones: 1 Baja, 2 Confirmación, 3 Alta) + enter.
- G.- Fecha correspondiente al ALTA (por defecto la del día, en caso contrario presionar la tecla "clear" y teclear teniendo en cuenta que no admite más que 3 días después y que ésta fecha no podrá ser anterior a la de la BAJA) + enter.
- H.- Teclear la fecha de la BAJA + enter.
- I.- Seleccionar el dígito adecuado (1 curación, 2 fallecimiento, 3 insp. médica 4 propuesta de invalidez, 5 agotamiento, 6 mejoría, 7 incomparecencia (*)) + enter.

(*) No está previsto en el programa.

3.- En caso de baja por MATERNIDAD utilizar el impreso correspondiente.

Diagrama IV: Instrucciones de cumplimentación de parte de confirmación por contingencias comunes mediante el sistema TAIR*



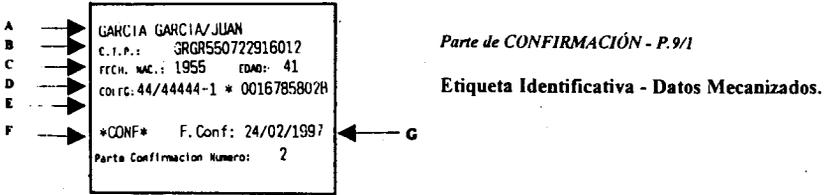
- A. Nº de la Seguridad Social y del DNI. No omitir, ambos, en ningún caso.
- B. Nombre de la empresa en la que trabaja. Entidad que paga la LT por contingencias COMÚN. Consignar el nombre (INSS, ISM, o MUTUA de AT, y EP)
- C. Diagnóstico de la BAJA y nº de CIE 9 MC. Diagnóstico de CONFIRMACIÓN y nº de CIE 9 MC. Descripción de la limitación funcional en esta fecha.
- D. Informe complementario, efectuar junto con el tercer parte (día 15 de la BAJA) y sucesivamente cada 4 partes
Tratamiento médico prescrito: Indicar el propuesto hasta la fecha. Pruebas diagnósticas: Las solicitadas.
Si no se hubiera propuesto tratamiento médico o solicitado pruebas diagnósticas- hasta la fecha - consignarlo también.
- E. Duración prevista para el tratamiento y/o prueba: En caso de no haberse realizado.
Duración probable del proceso en esta fecha: En días y/o meses.
- F. Informe a efectos de prórroga a los 12 meses lo cumplimentar en el parte nº 51)
Dolencias padecidas: Resumen de la evolución del proceso. ¿Se prevé curación dentro de los 6 meses siguientes? Marcar con una "X"
- G. En caso de no utilizar ETIQUETA IDENTIFICATIVA, consignar aquí los datos personales del facultativo que realiza el parte.
No olvidar firmar el parte siempre.

(*) Continúa en la página siguiente.

Continúa en la página siguiente.

Continuación Diagrama IV

EJEMPLO DE CONFIRMACIÓN



Parte de CONFIRMACIÓN - P.9/1

Etiqueta Identificativa - Datos Mecanizados.

H 1.- Datos automatizados procedentes de la banda magnética, comunes a BAJA y ALTA.

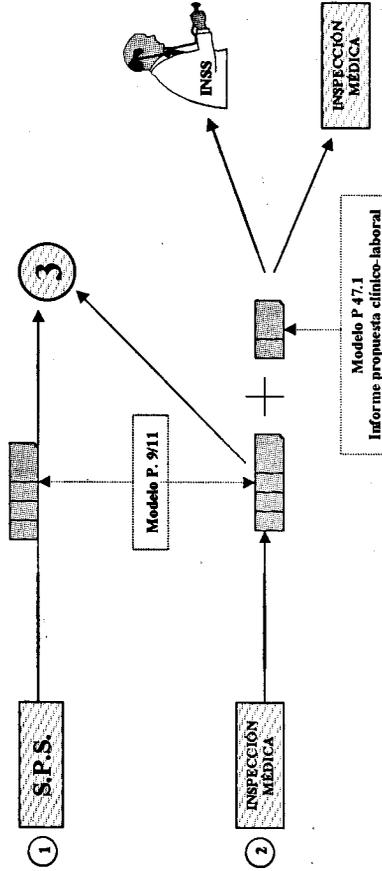
- A.- Nombre del trabajador.
- B.- Código de Identificación Presonal (C.I.P.)
- C.- Fecha de nacimiento y edad del trabajador.
- D.- Número de colegiado y cias. del facultativo.
- E.- Nombre del facultativo.

2.- Datos que precisan manipulación en el teclado del Terminal de Identificación de Pacientes, siguiendo la rutina del programa de I.T. en la pantalla (OPCIÓN n° 3).

- F.- CONFIRMACIÓN (opciones: 1 Baja, 2 Confirmación, 3 Alta) + enter.
- G.- Fecha correspondiente al parte de Confirmación (por defecto la del día, en caso contrario presionar la tecla "clear" y teclear teniendo en cuenta que no admite más que 1 días después y que ésta fecha no podrá ser anterior a la de la BAJA). + enter
- H.- Teclear el número del parte + enter

Diagrama V: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, agotamiento por transcurso del tiempo máximo

PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES AGOTAMIENTO DE LA I.T. POR TRANSCURSO DEL TIEMPO MÁXIMO

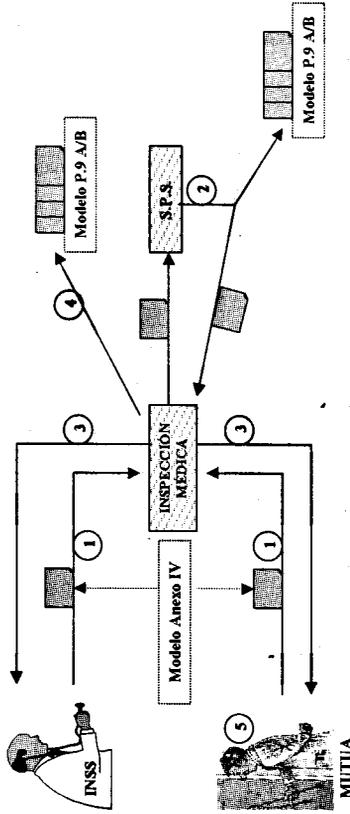


Posibilidades:

- 1 Facultativo del Servicio Público de Salud emite alta por curación
- 2 La Inspección Médica emite alta por agotamiento. Se emite parte de alta y se añade el P.47.1 que puede contener dos propuestas:
 - Secuelas / reducciones anatómicas o funcionales que justifiquen una invalidez permanente.
 - Necesidad de continuar el tratamiento médico prescrito.
- 3 Trámite similar al descrito para partes de alta

Diagrama VI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, propuestas de alta

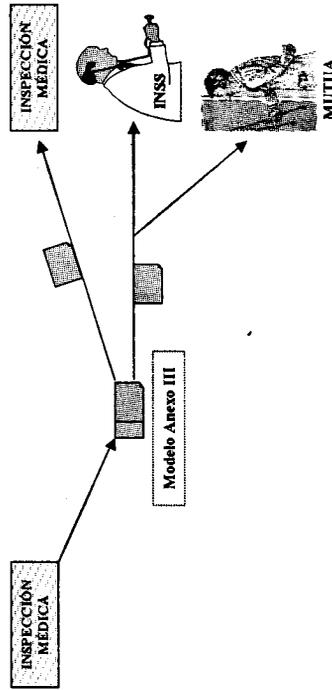
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES PROPUESTAS DE ALTA



- 1 Propuesta motivada de alta médica: es un modelo con apartados distintos que se cumplimentan por todos los facultativos de la cadena.
- 2 Los facultativos pueden:
 - Confirmar la baja (haciendo constar las atenciones y los controles médicos necesarios).
 - Admitir la propuesta de alta (expide-alta por cuadruplicado ejemplar).
- 3 Si el facultativo del Servicio Público de Salud no se pronuncia en 10 días, o en su caso la I.M. discrepa, ésta en los 5 días siguientes, emitirá o no el alta.
- 4 La Inspección Médica puede acordar el alta habiendo meditado o no propuestas de los Servicios Médicos del INSS/Mutua.
- 5 Los facultativos de las Mutuas pueden si INSSALUD no contesta en plazo su propuesta de alta, plantear iniciativa de alta ante los médicos del INSS.

Diagrama VIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, informe médico trimestral de control

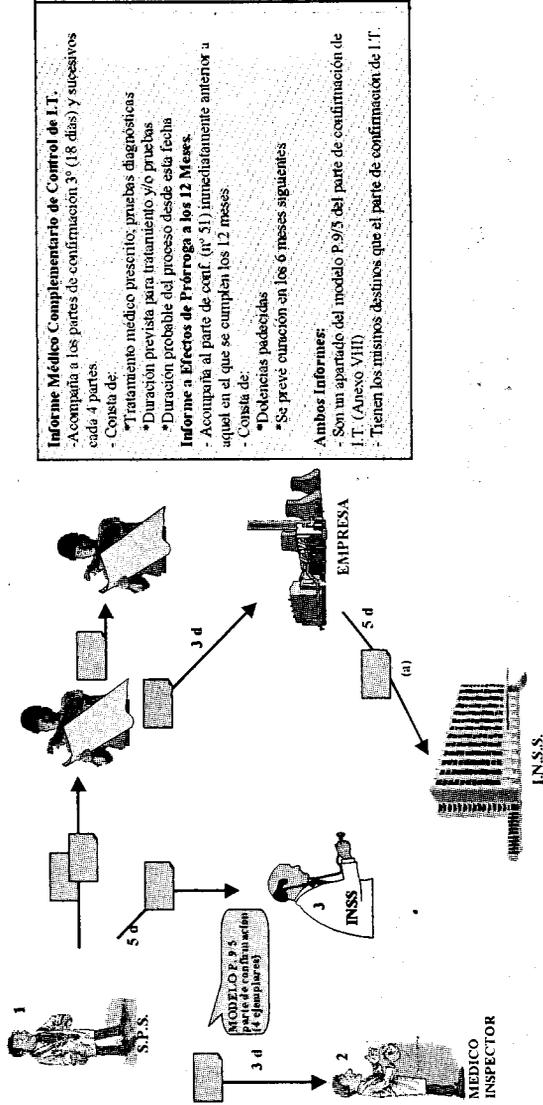
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES INFORME MÉDICO TRIMESTRAL DE CONTROL



- 1 Duplicado ejemplar: Original Entidad Gestora / Mutua
- 2 Contenido: justifica la necesidad de mantener el proceso de I.T.

Diagrama XI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, parte de confirmación

PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES PARTE DE CONFIRMACIÓN DE I.T.



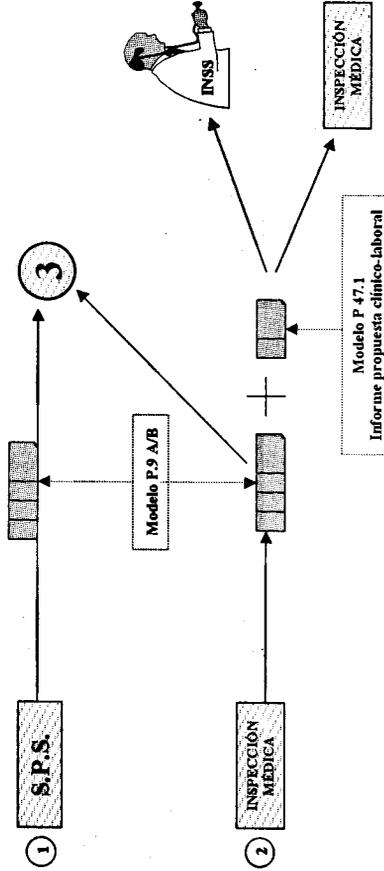
Informe Médico Complementario de Control de I.T.
 - Acompaña a los partes de confirmación 3º (18 días) y sucesivos cada 4 partes.
 - Consiste de:
 * Tratamiento médico prescrito; pruebas diagnósticas
 * Duración prevista para tratamiento y/o pruebas
 * Duración probable del proceso desde esta fecha
Informe a Efectos de Prórroga a los 12 Meses.
 - Acompaña al parte de conf. (nº 51) inmediatamente anterior a aquel en el que se cumplen los 12 meses.
 - Consiste de:
 * Delencias padecidas
 * Si prevé curación en los 6 meses siguientes

Ambos Informes:
 - Son un apartado del modelo P.9/5 del parte de confirmación de I.T. (Anexo VIII)
 - Tienen los mismos destinos que el parte de confirmación de I.T.

MODELO PARTE P.9/5: CONFIRMACIÓN (ANEXO VIII).
 PARTE EXPEDIDO INMEDIATAMENTE DESPUES DEL RECONOCIMIENTO
 EL PRIMER PARTE DE C AL SEPTIMO DIA. SIGUIENTES CADA 7 DIAS
 EN PARTE C DESTINADO A 2.3: DIAGNÓSTICO, LIMITACION CAPACIDAD FUNCIONAL, DURACIÓN PROBABLE
 (a) NO SE ENVÍA EN CASO DE SER ENTIDAD AUTOSSEGURADORA

Diagrama XII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, agotamiento por transcurso del tiempo máximo

PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES AGOTAMIENTO DE LA I.T. POR TRANSCURSO DEL TIEMPO MÁXIMO

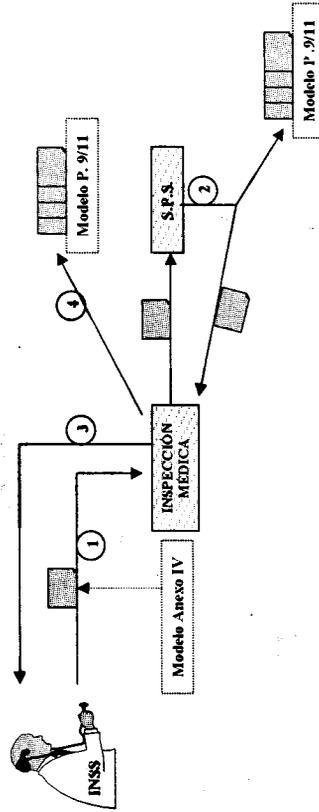


Dos posibilidades:

- 1 Facultativo del Servicio Público de Salud emite alta por curación
- 2 La Inspección Médica emite alta por agotamiento. Se emite parte de alta y se añade el P.47.1 que puede contener dos propuestas:
 - Secuelas / reducciones anatómicas o funcionales que justifiquen una invalidez permanente.
 - Necesidad de continuar el tratamiento médico prescrito.
- 3 Trámite similar al descrito para partes de alta

Diagrama XIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, propuestas de alta

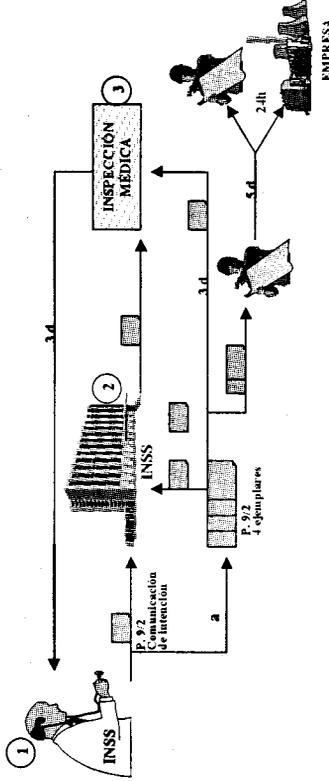
**PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES
PROPUESTAS DE ALTA**



- 1 Propuesta motivada de alta médica: es un modelo con apartados distintos que se cumplimentará por todos los facultativos de la cadena.
- 2 Los facultativos pueden:
 - Confirmar la baja (haciendo constar las atenciones y los controles médicos necesarios).
 - Admitir la propuesta de alta (expide alta por cuadruplicado ejemplar)
- 3 Si el facultativo del Servicio Público de Salud no se pronuncia en 10 días, o en su caso la I.M. discrepa, ésta en los 5 días siguientes, emitirá o no el alta.
- 4 La Inspección Médica puede acordar el alta habiendo meditado o no propuestas de los Servicios Médicos del INSS.

Diagrama XIV: Alta a efectos económicos de los facultativos del INSS, contingencias profesionales

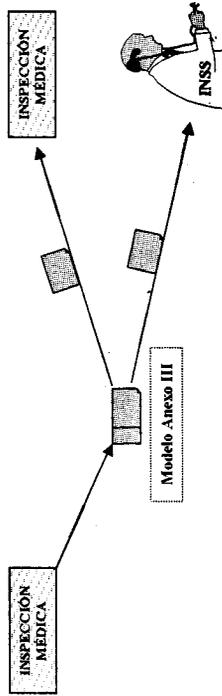
ALTA A EFECTOS ECONÓMICOS DE LOS FACULTATIVOS DE LOS FACULTATIVOS DEL INSS - CONTINGENCIAS PROFESIONALES



1. Inicio del procedimiento; puede formularse la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta.
2. Tras el reconocimiento comunica a I.M. la intención de extender alta; envía a través de D.P. INSS el modelo P.9/2 de comunicación de intención. Al mismo tiempo emite el parte de alta entregando 2 ejemplares al trabajador con fecha de efectos 5º día hábil (modelo P.9/2). El trabajador se queda uno para él y el otro destinado a la empresa, lo hace llegar en las 24 h. siguientes a la fecha de efecto si no ha habido comunicación sobre la existencia de disconformidad expresa de la I.M.
3. La Inspección Médica, debe formular disconformidad en 3 días hábiles. Si no la formula, el INSS, envía los partes restantes, quedándose con una copia. Si disconformidad, comunica al trabajador y no surte efectos. Si transcurre el plazo de 3 días sin que I.M. manifieste expresamente su disconformidad, INSS remite parte de alta al S.P.S.

Diagrama XV: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, informe médico trimestral de control

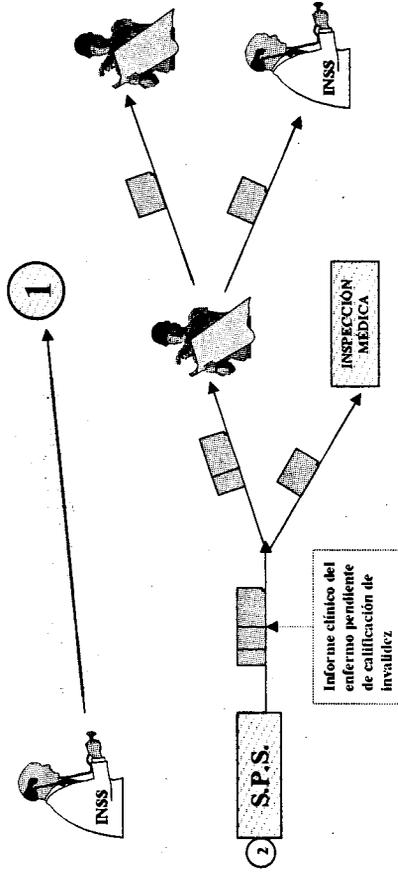
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES INFORME MÉDICO TRIMESTRAL DE CONTROL



- ① Duplicado ejemplar: Original Entidad Gestora.
- ② Contenido: justifica la necesidad de mantener el proceso de I.T.

Diagrama XVI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, prórroga efectos de I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2º párrafo)

**PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES
PRÓRROGA EFECTOS DE I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2º párrafo)**



① Dictamen emitido por los servicios médicos del INSS (EVI). No procede calificación de Invalidez Permanente por situación clínica y necesidad de continuar el tratamiento prescrito.

② En tanto permanece en esta situación (de los 18 meses a los 30 posibles) el facultativo del Servicio Público de Salud a instancia del trabajador, emite el modelo referenciado por triplicado (original y copia para el trabajador) (Anexo VI)