



P.9/1 Parte Médico de **Confirmación** de Incapacidad
Temporal por **Contingencias Comunes**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Datos de la Empresa

Nombre: **ANGEL LOPEZ SANZ S.L.**

Entidad de Pago IT/CC:

INSS: ISM: MUTUA: E.COLAB:

MUTUA: **FREMAP**

Datos del Trabajador

Número Tarjeta Sanitaria: **411007370180**

Número Afiliación a la Seguridad Social: **411007370180**

Número Documento Nacional de Identidad: **052252273E**

Apellidos, Nombre: **LOPEZ HERNANZ, INMACULADA**

Diagnóstico con Descripción de la Limitación de la Capacidad Funcional:

Diagnóstico de baja: **CIATICA**

Código Diagnóstico: **724.3**

Diagnóstico de confirmación: **CIATICA**

Código Diagnóstico: **724.3**

Descripción de la limitación funcional en esta fecha:

Informe complementario a cumplimentar con el 3º parte (día 18 de la baja) y sucesivamente cada 4 partes:

Tratamiento Médico Prescrito:

Pruebas diagnósticas

Duración prevista para el tratamiento y/o pruebas:

Duración probable del proceso desde esta fecha:

Informe a efectos de prórroga a los 12 meses:(cumplimentar en el parte 51)

Dolencias Padecidas

¿Se prevé curación dentro de los 6 meses siguientes?

Si: No:

Fecha: **10/05/2015**

Parte de Confirmación Número: **12**

Datos del Facultativo - Clave Médica

(Firma fecha y sello)

**Angel
Lopez
Hernanz
41556416G**

C.N.P.: **7683915**

Número de colegiado: **41098511**

Ejemplar para el TRABAJADOR

68989796202173530