

**DATOS A FACILITAR POR EL
SERVICIO MÉDICO DE LA
EMPRESA AUTOASEGURADORA
EN CASO DE ENFERMEDAD
PROFESIONAL**



Datos a facilitar a la Mutua para que por la misma se pueda confeccionar el parte de Enfermedad Profesional, tal y como establece el Art. 4.2 del R.D. 1299/2006, de 10 de Noviembre (B.O.E. 19/12/2006)

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS	I.P.F.	N.A.F.
DOMICILIO		TLF.

DATOS DE LA EMPRESA

C.C.C.	RAZÓN SOCIAL
--------	--------------

DATOS MÉDICOS

Nº DE COLEGIADO

TIPO DE PROCESO

<input type="checkbox"/> NUEVO
<input type="checkbox"/> RECAÍDA

CAUSA BAJA

<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO

PERIODO DE OBSERVACIÓN

<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO

FECHA DE LA BAJA O ASISTENCIA:

DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA: (en meses)

TIPO DE ASISTENCIA: Ambulatoria Hospitalaria

CÓDIGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (Anexo 1 R.D. 1299/2006, de 10 de noviembre)

CÓDIGO

DIAGNÓSTICO CIE-10

CÓDIGO

PARTE DEL CUERPO DAÑADA (Tabla 4 del Anexo de la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero)

CÓDIGO

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma y sello del Servicio Médico de la empresa