

**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