



COMUNICACIÓN DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Datos del médico que realiza la Comunicación.

Nombre:	Apellidos:
Nº de Colegiado:	Especialidad:
Nombre del Centro de trabajo:	
Dirección del Centro de trabajo:	
Población:	C. Postal:
Provincia:	Teléfonos de contacto:
E-mail:	

Datos del Paciente.

Nombre:	Apellidos:		
Sexo (V/M): <input type="checkbox"/>	DNI: <input type="checkbox"/>	NAF: <input type="checkbox"/>	Nacionalidad: <input type="checkbox"/>
Fecha nacimiento: <input type="checkbox"/>	Domicilio: <input type="checkbox"/>		
Población: <input type="checkbox"/>	C. Postal: <input type="checkbox"/>		
Provincia: <input type="checkbox"/>	Teléfonos de contacto: <input type="checkbox"/>		
Profesión: <input type="checkbox"/>	Ocupación actual: <input type="checkbox"/>		
Situación laboral actual: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> En Paro <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nombre de la Empresa actual (última empresa si parado o jubilado): <input type="checkbox"/>			
El paciente tiene cubierta la Contingencia Profesional por: MATEPSS <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/>			
Nombre de la Mutua Accidentes Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS): <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico de sospecha: <input type="checkbox"/>			
Motivo en que se basa la sospecha del origen laboral: <input type="checkbox"/>			

El paciente se encuentra actualmente en IT.	Sí	<input type="checkbox"/>	Por Contingencia Común <input type="checkbox"/>	Por Contingencia Profesional <input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Fecha de Baja (IT): <input type="checkbox"/>	

Se adjunta documentación complementaria.

Fecha: <input type="checkbox"/>	Sello de colegiado/CÍAS: <input type="checkbox"/>	Firma: <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------

- Si el paciente tiene cubierta la Contingencia Profesional por una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS), remítale a ella para su estudio y tratamiento con un original de este informe y envíe una copia a la Dirección General de Salud Pública (Servicio de Salud Laboral).
- Si la cobertura de la contingencia profesional lo es directamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), remitirá una copia al INSS y otra copia a la Dirección General de Salud Pública (Servicio de Salud Laboral): correo-e: isp.s.laboral@salud.madrid.org