

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:	NAF:	Nacionalidad:	
Fecha nacimiento:		Domicilio:		
Población:			C. Postal:	
Provincia:		Teléfonos de contacto:		
Profesión:		Ocupación actual:		
Situación laboral actual: Activo <input type="checkbox"/> En Paro <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>				
Nombre de la Empresa actual (última empresa si parado o jubilado):				
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):				
Diagnóstico de sospecha:				
Motivo en que se basa la sospecha del origen laboral:				
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:	Sello de colegiado/CÍAS:		Firma:	

- 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