

# PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- 1.- **DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES.**- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente. Indique su profesión así como las tareas habituales de su actividad laboral. En este apartado nos puede facilitar su número de móvil y la dirección de correo electrónico para contactar con usted por estos medios y agilizar las comunicaciones.
- 2.- **MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA.**- Indique los motivos que tiene para mostrar su disconformidad con el alta médica emitida.
- 3.- **DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD.**- En este apartado nos debe indicar el nombre de la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, así como las fechas de baja y alta médica del proceso de incapacidad temporal del que solicita revisión.
- 4.- **DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA.**- A esta solicitud, con el fin de que este Instituto conozca los antecedentes médico-clínicos existentes con anterioridad, debe acompañar **NECESARIAMENTE** el historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal del que solicita revisión o, si no dispone del mismo, copia de la solicitud de dicho historial a la entidad colaboradora (Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora), lo que acreditará mediante el sello de entrada de dicha entidad en este formulario y, en este último caso, adjuntar copia del alta médica que origina la presente revisión.
- 5.- **ALEGACIONES.**- Si desea añadir algo, que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, consígnelo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

## EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de la Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

Si no presenta estos documentos, entenderemos que desiste de la petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99).

### RECUERDE:

**Si solicita el historial médico ante la entidad colaboradora (Mutua o Empresa) puede llevar este formulario para que le pongan el sello de entrada que acredite su solicitud en dicha entidad.**

**El trabajador que inicie el procedimiento de revisión, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente su solicitud o en el siguiente día hábil. A tal fin, este modelo, contiene dos copias con los datos básicos de la revisión, para que comunique a su empresa el inicio del procedimiento así como, en su caso, a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social. Ambas copias sólo tendrán validez cuando hayan sido presentadas y registradas.**

Las resoluciones emitidas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 4 del Real Decreto 1430/2009 de 11 de septiembre, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71.3 de la Ley 36/2011 de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE de 11 de octubre). Lo que se hará constar en la resolución que se dicte.



**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN**  
**SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR**  
**CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR**  
**LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  
**O EMPRESA COLABORADORA**

**1. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Domicilio (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad		
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección							
Profesión		Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral					

**2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA**

--

**3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD**

Mutua de AT y EP de la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....	
Fecha de la baja médica .....	Fecha del alta médica .....

**4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA**

<input type="checkbox"/> Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
<input type="checkbox"/> Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
<input type="checkbox"/> Solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.
Recibida la solicitud del historial clínico
Sello de entrada de la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora

**5. ALEGACIONES**

--

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Entidad Colaboradora, así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a ..... de ..... de 20 .....  
Firma,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de .....



**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN**  
**SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR**  
**CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR**  
**LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  
**O EMPRESA COLABORADORA**

**1. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Domicilio (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia		Nacionalidad			
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección							
Profesión		Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral					

**2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA**

--

**3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD**

Mutua de AT y EP de la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....	
Fecha de la baja médica .....	Fecha del alta médica .....

**4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA**

<input type="checkbox"/> Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
<input type="checkbox"/> Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
<input type="checkbox"/> Solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.
Recibida la solicitud del historial clínico
Sello de entrada de la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora

**5. ALEGACIONES**

--

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Entidad Colaboradora, así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de .....



**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN**  
**SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR**  
**CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR**  
**LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  
**O EMPRESA COLABORADORA**

**1. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Domicilio (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad		
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección							
Profesión		Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral					

**2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA**

--

**3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD**

Mutua de AT y EP de la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....	
Fecha de la baja médica .....	Fecha del alta médica .....

**4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA**

<input type="checkbox"/>	Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
<input type="checkbox"/>	Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
<input type="checkbox"/>	Solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.
Recibida la solicitud del historial clínico	
Sello de entrada de la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora	



**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN**  
**SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR**  
**CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR**  
**LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  
**O EMPRESA COLABORADORA**

**1. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Domicilio (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad		
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección							
Profesión		Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral					

**2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA**

--

**3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD**

Mutua de AT y EP de la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....	
Fecha de la baja médica .....	Fecha del alta médica .....

**4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA**

<input type="checkbox"/>	Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
<input type="checkbox"/>	Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
<input type="checkbox"/>	Solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.
Recibida la solicitud del historial clínico	
Sello de entrada de la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora	



**A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

Apellidos y nombre del solicitante

DNI-NIE-Pasaporte

⑤

Clave de identificación de su expediente:

Registro INSS

Funcionario de contacto:

**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN**

**SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR  
CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR  
LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
O EMPRESA COLABORADORA**

**DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN<sup>(1)</sup>  
EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA  
SOLICITUD POR EL INSS:**

- 1 ☐ Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
- 2 ☐ Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
- 3 ☐ Copia de la solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
- 4 ☐ Otros documentos

Recibí

Firma

Recibí los documentos requeridos a excepción de los  
números: .....

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....

Fecha ..... Lugar .....

(1) La documentación deberá presentarla en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a la fecha en la que se le haya requerido.

Si no la presenta en el plazo señalado, entenderemos que desiste de la petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99). Si, por el contrario, la presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar se iniciará a partir de la fecha de recepción de los documentos solicitados.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99) y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, BOE del día 14).