UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y No DE LICENCIA SANITARIA	NIVEL ATENCIÓN	OOAD/UMAE	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE
	1 2 3	OAX	MS 370454

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN	OOAD DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)	PUESTO DE TRABAJO

INICIAL 2	SUBS. 3	RECAÍDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)	NÚMERO	A PARTIR DEL	DÍA	MES	AÑO

RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL	DÍA	MES	AÑO
			PRE/POST	ENLACE	IMSS	OTRO				

PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS Verifique que su Número de Seguridad Social esté correctamente anotado.	

El incapacitado tiene derecho a subsidio:

a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.
b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional, a partir del 4o. día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.
c) En caso del certificado único por maternidad por 84 días que amparan el periodo prenatal y postnatal, si ha cubierto al menos treinta cotizaciones semanales en los doce meses anteriores a la fecha de certificación del derecho.
d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

TRANSFERENCIA DE SEMANAS	SÍ	NO

NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	NÚMERO

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR

CURP

APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO

SEXO H-1 M-2

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

MÉDICO TRATANTE

NOMBRE FIRMA

MATRÍCULA

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA

[redacted]

COPIA ASEGURADO

"NO RASPAR"
USO EXCLUSIVO DEL BANCO