

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA HGZ 20			NIVEL ATENCIÓN 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3		OOAD/UMAE 22 PUE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE ML 104316			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 4806861395									
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 07			OOAD DE ADSCRIPCIÓN Pueblo		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Distribuidora El Toro SA de CV			PUESTO DE TRABAJO Choleros Vendedores											
INICIAL 2		SUBS. 3		RECAÍDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Dos.			NÚMERO 02		A PARTIR DEL DÍA 09		MES 08		AÑO 2024				
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							DÍA 12		MES 08		AÑO 2024				
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA		MES		AÑO			
				x															
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD							
<ul style="list-style-type: none"><li>El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado.</li><li>Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que este efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.</li><li>Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de trabajo.</li><li>En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.</li></ul>														TRANSFERENCIA DE SEMANAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO	
CURP Hernandez Pizotaro Jose Gabriel APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO SEXO <input checked="" type="checkbox"/> H-1 <input type="checkbox"/> M-2 INE 1216069462991 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO MÉDICO TRATANTE Dra. Xochitl Martinez Garcia NOMBRE MEDICINA DE URGENCIAS CED. ESP. 7046851 MAT. 99226948 FIRMA MATRÍCULA NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones</a> COPIA PATRÓN																			