

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA UMFS			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3	OOAD/UMAE VER S	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MS 591451									
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMFS			OOAD DE ADSCRIPCIÓN 32VS	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Distrit, burgos del Toro sección Reportador		PUESTO DE TRABAJO								
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Siete 07		NÚMERO	A PARTIR DEL DIA 15 09 2024	MES AÑO							
RAMO DE SEGURO			RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL DIA 18 09 2024	MES AÑO						
			X											
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS											
<ul style="list-style-type: none"> 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. Si el asegurado regresa 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. 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. 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. 														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD seis</td> <td>TRANSFERENCIA DE SEMANAS SÍ NO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)</td> <td>NÚMERO</td> </tr> </table>									DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD seis		TRANSFERENCIA DE SEMANAS SÍ NO	NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO
DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD seis		TRANSFERENCIA DE SEMANAS SÍ NO												
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO												
<p>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO INE 1299077 561691</p> <p>MÉDICO TRATANTE Hernández Clemente R</p> <p>NOMBRE 1993201746</p> <p>FIRMA</p> <p>MATRÍCULA</p> <p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA</p> <p>Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones</p> <p>COPIA PATRÓN</p>														