

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA

NIVEL ATENCIÓN

OOAD/UMAE

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE

HGS/CMF 8

TLAX

MS 581576

UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓNOOAD DE  
ADSCRIPCIÓN

NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)

Distribuidor el 1000  
SA de CV

PUESTO DE TRABAJO

Supervisor de  
parto

UMF 8

Tlax

SA de CV

CURP

INICIAL  
2SUBS.  
3

RECAIDA

DIAS AUTORIZADOS (LETRA)

NÚMERO

A  
PARTIR  
DEL

DÍA

MES

AÑO

31 08 2024

RAMO  
DE  
SEGURO

RIESGO DE TRABAJO

ENFERMEDAD

MATERNIDAD

CONTROL PRENATAL

EXPEDIDO  
EL

DÍA

MES

AÑO

31 08 2024

PRE/POST

ENLACE

IMSS

OTRO

DÍAS  
ACUMULADOS  
DE INCAPACIDAD

CELO

TRANSFERENCIA  
DE SEMANAS

SI

NO

PROBABLE RIESGO  
DE TRABAJO

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

IMSS

IMSS