

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y NO DE LICENCIA SANITARIA

NIVEL ATENCIÓN

1 2 3

04CAMP

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE

MT 904056

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN

COAD DE ADSCRIPCIÓN

NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)

PUESTO DE TRABAJO

Reparador

DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)

NÚMERO

DÍA MES AÑO

INICIAL SUBS. RECIBIDA

02 10 2029

DÍA MES AÑO

RIESGO DE TRABAJO

ENFERMEDAD

CONTROL PRENATAL

RAMO DE SEGURO

PREPOST

ENLACE

MSS

OTRO

EXPEDIDO EL

DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

SI

• 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 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.

• 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 entregarse al servicio de Salud en el Trabajo el Formulario ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.

TRANSFERENCIA DE SEMANAS

SI

NO

NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)

NÚMERO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR

8183640252

CURP

DEL(LOS) PATRÓN(ES) DEL ASEGURADO

SEXO

M-1

M-2

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

MÉDICO TRATANTE

NOMBRE

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

<http://www.imss.gob.mx/derechoh/escritorio-virtual#patrones>

COPIA PATRÓN