

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCION		CANTIDAD		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE	
H62 252		1 3		16MEXP		MM 565755	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION		NOMBRE DEL(LOS) PATRON (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO			
226		16		Cecilia de la Cruz			
RISGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERIAD		CONTROL PRENATAL	
X						1	
RISGO DE TRABAJO		PREPOST		ENLACE		MSS	
						OTRO	
RAMO DE SEGURO		A PARTIR DEL		DIA		MES	
		17		07		2023	
EXPEDIDO EL		DIA		MES		AÑO	
17		07		2023			
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		DIA DE INCAPACIDAD	
						2023	
TRANSFERENCIA DE SEMANAS		SI		NO		NUMERO	

• El asegurado a quien se entregue copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indica en este documento.
 • Si el asegurado representa a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patron deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Economicas del Instituto, para que éste efectue 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, éste 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 Formulario ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR											
1	6	1	0	8	8	2	2	8	6		
CURP											
CVFV18861004MDF20508											
APELLIDOS PATRERO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO											
Cruz Flores Yesica											
SEXO <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M											
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO											
INE											
MEDICO TRATANTE											
Cecilia Flores Yesica											
NOMBRE											
19171161916161311											
MATRICULA											
FIRMA											
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA											
Consulta el estatus e historico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derecho/escritorio-virtual#patrones											

COPIA PATRON

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCION		COADJUVANTE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE	
H62 252		1 3		16MEXP		MM 565755	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION		NOMBRE DEL(LOS) PATRON (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO			
226		16		Cecilia de la Cruz			
INICIAL		DIAS AUTORIZADOS (LETRA)		A PARTIR DEL		DIA MES AÑO	
SUBS		RECIBIDA		1		17 07 2023	
RANCO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL	
X		X		PREPOST		ENLACE	
				MIS		OTRO	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS		DIAS AUTORIZADOS DE INCAPACIDAD	
						2023	
				TRANSFERENCIA DE SEMANAS		SI NO	
				NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NUMERO	

• El asegurado a quien se entregue copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este documento.
 • Si el asegurado representa a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patron deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestadores Económicos del Instituto, para que éste 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 éste 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 Formulario ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR											
1	6	1	0	8	8	2	2	8	6	1	
CURP											
CV F 18 86 10 04 M D F 20 05 08											
APELLIDOS PATRERO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO											
Cruz Flores y Sierra											
SEXO <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M											
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO											
INE											
MEDICO TRATANTE											
Nombre											
Firma											
MATERICULA											
19 17 11 6 19 16 16 13 1 1											
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MEDICO 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 PATRON											