

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		COORDINADOR <b>HG CMR</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>NN 896549</b>	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ASCRIPCIÓN		COADJUDANTE					
CÓDIGO DE ASCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(S) PATRON(ES)		PUESTO DE TRABAJO			
DIAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO		A PARTIR DEL		BIA MES AÑO	
ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL BIA MES AÑO	
PREPOSTO		ENLACE		IMSS		OTRO	
RIESGO DE TRABAJO		RIESGO DE ENFERMEDAD		RIESGO DE ACCIDENTE		RIESGO DE RESERVA	
RAMO DE TRABAJO		RAMO DE ENFERMEDAD		RAMO DE ACCIDENTE		RAMO DE RESERVA	
INICIAL		RECADA		SOLICITANTE		AUTORIZADO	
FOLIO		FECHA		LUGAR		OTROS	

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

El asegurado o 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 duplicado.

Si el asegurado registra a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento al patrón deberá anexar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto para que este efectúe los pagos que procedan en el pago del sustento.

Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad debida a su trabajo, debe entregar al servicio de Salud en el trabajo el Formulario ST-7 y/o ST-8, según corresponda, debidamente llenado.

CURP: [CURP]

APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO: [Nombre Completo]

SEXO: [ ] H [ ] M [ ] O

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: [Documento]

MÉDICO TRATANTE: [Dr. Fernando Sayos Moreno]

NOMBRE: [Fernando Sayos Moreno] FIRMA: [Firma]

MATRÍCULA: [Matrícula]

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA: [Firma]

Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual <http://www.imss.gob.mx/derechoh/escriptorio-virtual#patrones>

**COPIA PATRÓN**