UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA NIVELATENCIÓN QUADUMAE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR
+ 14-1	100120000
- X // (人) かい	10 6 10 10 10 1
UNIDAD DE MEDICINA OOAD DE NOMBRE DEL (LOS) PATRON (PATRONES) PUESTO DE TRABAJO	CURP
UNIDAD DE MEDICINA OOAD DE NOMBRE DEL(LOS) PATRON (PATRONES) PUESTO DE TRABAJO FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN SOCRIPCIÓN	· 通用表示服务的表面通用的现在分词表面对
A. C IN TUINANK SOILL UTEM NI D	DARI NOIMNICHMUNICAL RIG
The land of the same of	ELDS OF LAWRITHOUGH
INICIAL SUBS. RECAIDA DIAS AUTORIZADOS (LETRA) NÚMERO DIA MES ANO	C +
INCAL SUBS. RECAIDA DIAS AUTORIZADOS (LETRA) NÚMERO DIA MES AÑO	CACIMACIUM SIGER JAIHIU
A PARTIR	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO
1 1 1 0 Ch Parlo J (Valor) 04 DEL 1/6 1/0 2027	SEXO H-1 M-2
RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MAFERNIDAD CONTROL PRENATAL DÍA MES AÑO	TUE 256111610400
DE EXPEDIDO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO
SEGURO EL //O / A	
PREMOST ENLACE MSS OTRO	MÉDICO TRATANTE
PROBABLE RIESGO NETTLITO MEVICANCIDE LEGILIDO COCIAL DÍAS	To The Reland Talla
DETRABAJO INSTITUTO MEAIGANO DEL SEGURO SOCIAL ACUMULADOS	JUN JOCHUME / PILLY /
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	NOMBRE FIRMA
	PIPILALITORIA
El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trábajar a partir de la fecha i	1/10/16/15/15/19/
durante el periodo que se indican en este duplicado.	MAIRICULA /
S C of Account and	
Si el asegurado regresara 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 Económicas del Instituto, para que este efectúe los ajustes. DE SEMANAS.	
que procedan en el pago del subsidio.	NOMBOL CARGO V FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA
Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo e enfermedad	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA
general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como nesgo de NUMERO DE SEMANAS TRANCESPIDAS A STRAN	Consulta el estatus e histórico de las incapacidades
Trabajo. NOMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) NOMERO	de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual
En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo",	
debera entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9.	http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones
según corresponda, debidamente llenado.	COPIA PATRÓN
Sent the sent that the sent the sent that the sent	COLINIATION