

UNIDAD MEDICA EXPEDIENTE				NIVEL ATENCION		C.O.A.D.U.M.E.		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE
				<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		16MEXP		MM 565410
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION				C.O.A.D. DE ADSCRIPCION		NOMBRE DEL(CS) PATRON (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO
H-67-252						INTIMARKS DE RL		Operario de maquina
TITULAR		SUBS?		REGIDA		DIAS AUTORIZADOS (LETRA)		NUMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4 hrs		A PARTIR DEL
RIESGO DE TRABAJO				ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL
<input type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		EXPEDIDO EL
RIESGO DE RESIDUO				PREPUESTO		ENLACE		DIA MES AÑO
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		20 08 2023
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS		DAS ACUMULADAS DE INCAPACIDADES		
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 indica 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 éste declare 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.								
TRANSFERENCIA DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)				NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)				
SI				NO				
NUMERO				NUMERO				

  

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR												
1	6	4	8	4	8	0	0	5	5			
CURP												
AFECTADOS PATRÓN MATRÓN Y NOMBRES(S) DEL ASEGURADO												
SEXO <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M												
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO												
INE												
MÉDICO TRATANTE												
Nombre <input type="text"/> Apellido <input type="text"/> Firma <input type="text"/>												
Matrícula <input type="text"/>												
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/derecho/escritorio-virtual#patrones												
COPIA PATRÓN												

COPIA PATRÓN

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCION		COADUNAME		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE	
H67 752		1 2 3		16MEEXP		MM 565410	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ASERCIÓN		CÓDIGO DE ASERCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN(ES)		PIUESTO DE TRABAJO	
226		1111		INTIMARKS DE RL		Operario de mquina	
NIVEL SUBS		DIAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO		A PARTIR DEL	
2		1111		03		20 08 2023	
RIESGO DE TRABAJO		EMERGENCIA		MATERIAND		CONTROL PRENATAL	
X		X		X		X	
RAMO DE EJERCIO		PREPOST		ENLACE		MSS	
X		X		X		X	
INCAPACITADO		RIESGO		OTRO		EXPEDIDO EL	
X		X		X		20 08 2023	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS			
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 indica 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.				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 "trabaja riesgo" deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formulario ST7 y/o ST19, según corresponda, debidamente llenado.				En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "trabaja riesgo" deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formulario ST7 y/o ST19, según corresponda, debidamente llenado.			
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO		TRANSFERENCIA DE SEMANAS		NÚMERO	
1		1		SI		NO	
DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD	
1		1		1		1	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR							
CURP 6 9 8 4 8 6 6 5 5 1							
APERTURA DE PATRÓN Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO							
SEXO 1111 112							
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO							
MEDICO TRATANTE							
NOMBRE							
FIRMA							
MATRÍCULA							
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA							
Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual							
<a href="http://www.imss.gob.mx/derechoh/escritorio-virtual#patrones">http://www.imss.gob.mx/derechoh/escritorio-virtual#patrones</a>							
COPIA PATRÓN							