	El asegurado e durante el perior Si el asegurado e durante el perior Si el asegurado deberá avisar que procedan e el Si la empresa la general y suffer trabajo.  En paso de es deberá entrega según corresposa según correspo	NUCIAL SUBS	NO
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  El asegurado a quien se entrego copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el beríodo que se indicar en este dupicado.  Si el asegurado regresar a sus labores entes de la terminación del periodo de incapacidad serialado en este documento, el partir deberá avisar impediatamente, y por escrito a Prestaciones Eponómicas del Instituto, para que este efectue los ajustes que procedan en el pago del subsidio.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrandose incapacidado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufire un accidente, este deberá en consistenado como nesgo de NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS i deberá enviso de Salud en el Trabajo de Trabajo el Formado ST-7 y/o ST-3, según conesponda, debidamente lemado.	AMILIAR DE MEDICINA ADSCR PAMILIAR DE ADSCRIPCION ADSCR MUZAL SUBS RECAIDA 2 3 RECAIDA RIESGO DE TRABAJO ENFERMIEDAD RAMO DE BECLIRO	UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA
	DIFFERENCE OF THE PROPERTY OF	ADSCRIPCION DIAS A PRI	EXPEDIDORA
	ro MEXIO RECCIÓN DE RECCIÓN DE RECCIÓN DE Rección Rección de la terminación de la te	UTORIZ.	
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  Prigo copia de este documento se encuentra incapacidado para trabajar a para este duplicado.  Isladores antes de la terminación del período de incapacidad señalado en este doci e y por escrito a Prestaciones Económicas del instituto para que este efectadado en este efectadado por escrito a Prestaciones Económicas del instituto para que este efectadado por escrito a Prestaciones Económicas del instituto para que este efectadado por escrito a Prestaciones incapacidado por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto para que este efectadado por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto para trabajo de este ocurridado como inesgo de trabajo en considerado como inesgo de la considera		NIVELATENCIÓN
W. W.	ONES MEDI ncalpacilado pa ncapacidad sen del instituto, pe accidente o ent nume	SI PATRON (PATRO NUMERO CONTROL PRENATAL MISS OTRO	COLUMN TO SERVICE STATE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TO SERVICE STATE O
-	CAS CAS CAS  re trabajar a p alado en este de ara que este es ara que este e ara que este es ara que es ara que este es ara que este es ara que es ara que es ara que es ara q	NUMERO A PARTIR PREMATAL EXPEDIDO OTRO	ODADIUMAE
	WEDICAS  WEDICAS  we para trabajar a partir de la fecha y de de fecha y de deservado en esta documento el patrir trabado en esta efecha los ajustes documento el patrir trabado, para que esta efecha los ajustes de certamente de		CERTIFICA
	TRANSFEF DE SEM	PUESTO DE TRABAJO  O MUS ANO  DA MES ANO  DA MES ANO  O S O 4 2023	DO DE INCAP
Ì	ACUMULADOS DE INCASCIDAD DE INCASCIDAD NUMERO NUMERO	UESTO DE TRABAJO  MES ANO  04 2023  MES ANO	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE
	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	APELLIDOS PA DOCUM	NUM
	NOMBRE DARGO Y FIRMA DEL CONSUITA E estatus e histori de tus trabajadores desdi//www.imss.gob.mx/derecho	CURP  CURP  G A F M 9 9 1 12  G A F M 9 9 1 12	ERO DE S
	NOMBRE  5   5   9  MATRICULA  RGO Y FIRMA DI  estatus e niste estatus e niste abajadores de gob.mx/derect	TERNO MATERNOS ANTE	GURIDADIS
	I VI Y  L MÉDICO  MICO de la la  sde el Eso  hoH/escrit		OCIAL Y DI
	S incapacit introno Virtual copia virtual	SMMC 10/16/15	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR
	IRMA  JRIZA  Jal  Hpatrones	SEGURADO H-I MY	ICADOR
	NOMBRE    9  9  1   5   5   6   7   7   1	DOS PATERNO MATERNO Y NOMBRES) DEL ASEGURADO SEXO HIT MAJO DE DEUTIFICACIÓN DEL ASEGURADO O TRATANTE	