UNIDAD DE MEDICINA ADSCRIPCIÓN	UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA NIVEL ATENCIÓN OQAD/UMAE HGO 3	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADO MIN 892576 1613948246	OR }
RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD CONTROL PRENATAL RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD CONTROL PRENATAL RAMO DE SEGURO PREPOST ENLACE IMSS OTRO PREPOST ENLACE IMSS OTRO EXPEDIDO DE SEGURO PREPOST ENLACE IMSS OTRO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS * El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacidad para trabajar e partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado. * Si la aergurado regresara a sua laborar encontrándose incapacidad por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de periodo de incapacidado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de tr	A PROPERTY AND ADDRESS OF THE PARTY AND ADDRES	Operano de maguina 2	
RESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD CONTROL PREMION. EXPEDIDO DE SEGURO PROBABLE RIESGO PROBABLE RIESGO DIAS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS PROBABLE RIESGO DIAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS EL asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacidado pera trabajar a partir de la feche y durante el periodo que se indican en este duplicado. Si el asegurado re gresar a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad serialado en este documento, el patrón deberá avisar immediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del instituto, para que este efectúe los ajustas que procedan en el pago del subsidio. Si al empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de trab	PARTIE DEL	16 10 2073 APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE (S) DEL ASEGU	RADO
El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacidad para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado. Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón debera avisar inmediatamente y por escribo a Prestaciones Económicas del Instituto, para que este efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio. Si el arempresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por accidente o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual trabajo.	RAMO DE SEGURO EXPEDIT	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO MÉDICO TRATANTE	K
Si el asegurado a quien se entrego copia de este documento se entretario se entretario se entrego copia de este documento se entrego copia de este documento se entrego copia de este documento se entrego copia de este duplicado. Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón debera avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que este efectúe los ajustes NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrândose incapacidado por accidente o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	DE INCAPACIDAD GIACCIONOMBRE LA 1	
Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrêndose incapacidades de trabajo o enfermedad de trabajo o enfermeda	durante el periodo que se indican en este dupticado. Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este deberá avisar impediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas/del Instituto, para que este e	cumento, el patron períor les giurtes de SI DE SEMANAS	A
deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formatio S1-7 y/o S1-9, según coresponda, debidiamente lleniado,	Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrândose incapacitado por accidente o enfermadad de tra general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de número de SEMANA trabajo. En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deperá antrepar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9.	cajo o erfermedad Consulfa el estatus e histórico de las incapacidade GERANSERIDAS (LETRA) NÚMERO de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual	trones