UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA , NIVELATENCIÓN O GOAD/UMAE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD	School Name of Control of the Contro
UMF 226 VI 3 16MEXP MK GGRA	SERIE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR
FAMILIAR DE ADSCRIPCION ADSCRIPCION INTIMARK SUCRE FOR TOTAL FOR THE TOTAL PUESTO DE TRABAJO INTIMARK SUCRE FOR TOTAL FOR THE TOTAL PUESTO DE TRABAJO FOR THE	CURP
INCAL SUBS. RECAIDA DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) NÚMERO DÍA MES AÑO	Confrera Lorez Man & Format
RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD CONTROL PRENATAL DÍA MES ANO	2.3. APELLIJOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO SEXO H-1 M2
DE SEGURO PREPOST / ENLACE IMAS OTRO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO
PROBABLE RESGO DE TRABAJO DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  DE INCAPA DE	ADOS DIG AYdac Cinchez Montos
El asegurado a quien se entregó copia de este docurriento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y  LICE	FIRMA
The Nocedan en el pago del subsidio.	si,
general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de número de superior de ser considerado como riesgo de número de semanas transferidas (LETRA). Número de semanas transferidas (LETRA).	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA  Consulta el estatus e histórico de las incapacidades
En caso de estar marcado como "nesgo de trabajo" o "probable riesgo", debera entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.	de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones
	COPIA PATRÓN

<u>^</u>\_