	o de estar marcado como "ñesgo de trabajo" o "probable riesgo", entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y o ST-9, conesponda, debidamente lenado.	Si la empresa la permita al trabajador laborar encontrándose incapadiado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad por en y sufre un accidente, este debergi ser considerado como resgo de AUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) NUMERO NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) NUMERO	Si el asgundió regresar a sus abores antes de la terminación del período de incapacidad serialado en este documento, el patrio deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del finalitato para que este efectue los ajustes DE SEMANAS NO.	El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacidado para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indican en este duplicado.	DETRIBATO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS DE INCAPACIDADOS	0	RESCO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERIADAD CONTROL PREMITAL DIA MES ANO	MIGAL SUBSTRECTION DIAS AUTORIZADOS (LETRAS) COMMINERO DIAS AUTORIZADOS (LETRAS) COMINERO	9	UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA NIVELATENCIÓN QUADUMAE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE
COPIA PATRÓN	de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Consulta el estatus e histórico de las incapacidades		MATRICULZ 6 19 1 V	MONBRE THE FIRMA	MEDICO TRATANTE	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBREISTOEL ASEGURADO SEXO H. M-2		CURP 6 0 G 7	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR

ì