

|  |  |   |  |  |  |                                  |  |
|--|--|---|--|--|--|----------------------------------|--|
| UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA   |  | NIVEL ATENCION  |  | OCCASION   |  | CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE |  |
| HG2 252  |  | 1 2 3   |  | 16MEXP   |  | MM 603859                        |  |
| UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION   |  | COPAD DE  |  | NOMBRE DEL(A) PATRON (PATRONES)  |  | PUESTO DE TRABAJO                |  |
| 226  |  | CIV   |  | H+mark de R.C. de  |  | U+1.4                            |  |
| INGRESO SUBS. RECADA   |  | DIAS AUTORIZADOS (LETRA)  |  | NUMERO   |  | A PATR. DEL                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |  | U+0   |  | 1  |  | 11 12 2023                       |  |
| RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD   |  | INTERVIDA   |  | CONTROL PRENATAL   |  | EXPEDIDO EL                      |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | 11 12 2023                       |  |
| RAMO DE SEGURO   |  | PREPOST   |  | ENLACE   |  | MSS                              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>         |  |
| PROBABLE RIESGO DE TRABAJO   |  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  |  | DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  |  | DIAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD   |  |
| <input type="checkbox"/>   |  |   |  |  |  |                                  |  |
| El asegurado a quien se otorga copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado.   |  | TRANSFERENCIA DE SEMANAS  |  | SI   |  | NO                               |  |
| Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminacion del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patron debera pagar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Economicas del Instituto, para que este decida los ajustes que procedan en el pago del subsidio. |  | NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)  |  | NUMERO   |  |                                  |  |
| Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrandose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este debera ser considerado como riesgo de trabajo.   |  |   |  |  |  |                                  |  |
| En caso de estar marcado como "Riesgo de Trabajo" o "probable riesgo", debera entregar al servicio de Salud un el Trabajo el Formulario ST-7 y/o ST-9, segun corresponda, debidamente llenado.   |  |   |  |  |  |                                  |  |
| NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR  |  | CURP  |  | APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO                        |  | SEXO                             |  |
| 491802803333   |  | [Grid]  |  | Soto Carlos Pabla  |  | [Grid]                           |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO  |  | MEDICO TRATANTE   |  | NOMBRE   |  | FIRMA                            |  |
| Copia de...  |  | Kenia Vargas Garcia   |  | [Signature]  |  | [Signature]                      |  |
| MATERICULA   |  | 1916115H512A11  |  |  |  |                                  |  |
| NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA  |  | Consulta el estatus e historico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual de <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escriptorio-virtual#patrones">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escriptorio-virtual#patrones</a> |  | COPIA PATRON   |  |                                  |  |