UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO BESEOUR ADSCRIPCION APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO BESEOUR ADSCRIPCION APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO BESEOUR ADSCRIPCION APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO BESEOUR ADSCRIPCION APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO BESEOUR ADCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO MEDICO TRATANTE  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  ACAMA ADOCS DE INCAPACIDAD DE SEMANAS NO NOMBRE FIRMA  * El asegurado a quien se entrego copia de este documento se encuentra incapacidado para trabajor a partir de la fecha y Jurino e prestorio de las incapacidado en incapacidado en asia documento, el patro deberá avisar immedialmente y por escripo a Prestaciones Económicas del Insitudo para que esta efectule los apustes richajo, NO NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA NOMBRE CONSULTA EL SERMANAS NO NOM					
FAMILIAR DE ADSCRIPCION  ANO  ADSCRIPCION  A	UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA NIVEL ATENCIÓN	1 8A 8 A	ADO DE INCAPACIDAD SERIE	79078206136	
PRESIDENTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  BETABAJO  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  * El asegurado a quien se entregó copia de esta documento se encuentra incapacidad para trabajar a partir de la feche y durante el período que se indican en este duplicado.  * Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del período de incapacidad seniado en este deberá avisar immediatamente y por escrito a Prestaciones, Económicas del Instituto, para que esta defenia de la feche y que procedan en el pago del subsidio.  * Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándos incapacidad por accidente o entermedad de trabajo o entermedad de traba		ITRON (PATRONES)	PUESTO DE TRABAJO	CURP	
RESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD CONTROL PRENATAL  PREPOST ENLACE IMSS QTRO  PREPOST ENLACE IMSS QTRO  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  EL assgurado a quien se entregó copia de esta documento se encuentra incapacidado para trabajar a partir de la fecha y durante el pertodo que se indican en esta duplicado.  Si el assegurado regresars a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patron que procedan en el pago del subseido.  Si la empresa de permite al trabajador laborar encontrándose incapacidad por acculente o enfermedad de trabajo de formato ST-7 y/o ST-9, el trabajo de formato ST-7 y/o ST-9, el trabajo en formato ST-7	INICIAL SUBS. RECAIDA DIAS AUTORIZADOS (LETRA)	NÚMERO DÍA	MES AÑO	IFILEZ (CONQUIEZ ) CSA VIJSTA	
EXPEDIDO DE RESGURADO  EXPEDIDO DE RESGURADO  EXPEDIDO DE RESGURADO  EXPEDIDO DE RESGURADO  EL asegurado a quien se entregó copia de esta documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en esse duplicado.  Si el asegurado regresare a sus labores antes de la leminación del periodo de incapacidad senalado en este documento, el patron deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que estre efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidad por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de trabajo.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de trabajo.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por accidente o enfermedad de trabajo.  NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA  Consulta el estatús e histórico de las incapacidades de trabajo.  En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", accidente entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9.	X Ventone		10 2023	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO SEXÓ [M-2]	
PREPOST ENLACE MSS QTRO  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  EL asegurado a quien se entrego copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indician en este duplicado.  Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patron deberrá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciónes Ebonómicas del instituto, para que estir efectué los ajustes que procedan en el pago del subsédio.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidad por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad en accidente, este deberá ser considerado como riesgo de número del periodo de trabajo o enfermedad de trabajo o e	Charles and Charle	TROL PRENATAL. DIA	MES AÑO	Control of the state of the sta	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  El asegurado a quien se entregó copia de esta documento se encuentra incapacidado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en esta duplicado.  Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en esta efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidad por acodente o entermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como nesgo de trabajo.  En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, el trabajo en formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, elberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, el trabajo en formato ST-7 y/o ST-9, el trabajo entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, el trabajo en formato ST-7 y/o ST-9	DE LA COMPANY DE		10 2002	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO	
El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indician en este displicado.  Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad serialado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que estir efectue los ajustes no NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidad por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de trabajo.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidados números de las incapacidades de trabajo.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidados números de las incapacidades de trabajo.  NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)  NÚMERO  Consulta el estatús e histórico de las incapacidades de trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones			10 7077	MÉDICO TRATANTE	
Si el asegurado regresar a sus labores antes de la terminación del período de incapacidad señalado en este documento, el patron deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones. Económicas del Instituto, para que estat efectue los ajustes que procedan en el pago del subsidio.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidad por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como nesgo de trabajo.  En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9.	DE TRABAJO INSTITUTO MEXICANO DEL S	NOMBRE FIRMA			
Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patron deberá avisar immediatamente y por escrito a Prestaciones. Económicas del Instituto, para que esta efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por acodente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de trabajo.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacidado por acodente o enfermedad de trabajo o enfermedad de trabajo.  NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)  NÚMERO  Consulta el estatús e histórico de las inicapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones	El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la feche y  MATRÍCULA  MATRÍCULA				
Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de trabajo o enfermedad de trabajo.  Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad de trabajo.  NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)  NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)  NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)  DE Consulta el estatús e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual  Attp://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones	Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patron deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que estir efectue los ajustes     DE SEMANAS NO.				
• En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9.	general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de Núlvicio de Crivatas TRANCERIMAS A CTRANCERIMAS A CTRANCERIMA			Consulta el estatus e histórico de las incapacidades	
codin corresponds dehidaments librards	En caso de estar marcado como "riesgo de trabejo" o "probable riesgo", debará entrecar al sandelo de Salud en el Trobajo el Espando ST Trobajo el Salud en el Trobajo el Espando ST Trobajo el Salud en el Trobajo el Espando ST Trobajo el Salud en el Trobajo el Espando ST Trobajo el Salud en el el				
	según corresponda, debidamente llenado.			COPIA PATRÓN	