UNIDAO MÉDICA EXPEDIDORA	ANYEL ATENDION.	39 DEL N	S OS	9489	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO MERIFICADOR
UNIDAD DE MEDICIAIA DELEGACIÓN DE FAMILIAR DE ADSCRIPCION ADSCRIPCION	NONDRE DEL (LOS)	MIRONESI.	FuEsta	og IRABAJO	DURP
NCAL ESLES RECADA DIAS AU	TORIZADOS (LETRIA)	NUMERO L	DIA NES	AÑO	Hurz Diaz Lelia
		PARTIR DEL			APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURAL SEXO THE TEM
RANC DE TRABAJO ENFERMEDAD	MATERALDAD CYNCHOL	EXPEDIDO	DJA S MES	Mio 2	MANAGER BERET
SEGUPO PESSOO I	SECTION AND SECTIO	EL EL	1	721	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO MEDICO TRATANTE
INSTITUTO	MEXICANO DEL SEC CCIÓN DE PRESTACIONES I seguridad social esté	NOMBRE TOURS AT FIRMS NATHFULLY MATHRULLY			
El incapacitado tiene derecho a sut					国民国民工工工工工工工
Si se trata de un riesgo de tral Si la incapacidad es causada menos cuatro cotizaciones se cuando tengan cubiertas seis En caso de matemidad, durar durar	a por una enfermedad no emanales inmediatamente cotizaciones semanales e ute 42 días anteriores al n	profesional, a partir anteriores a la enfer in los últimos cuatro	rmedad. Los tra meses antenor	abajadores event es a la enfermed	
d) Para el cobro de la prestación	ones semananaias an inc. 12	COPIA ASEGURADO "NO RASPAR": USO EXCLUSIVO DEL BANCO			

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENDION	DELEG/UMAE	CERTIFICADO DE INICAPACIDAD SERVE			NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR
UN	1141	2 3	39 DEL N	LS	72	5086	9 9 1 1 2 1 1 1 1 1 1 1
ENIDAD DE N	MEDICINA DELEGACIÓN DE OSCRIPCIÓN ADRORIPCIÓN	NOMBRE DEL (LOB)	PATRON(ES)	-	PUESTO DE	TRABADO	CURP
4	I lule si	SKI - S	1		CK	ne o	
HICIAL SUBS	RECAIDA DIAS AUTORIZA	DOS ALETRAS	NOMERO	DIA	MES	AÑO	16(8-7 D) 1 (1) 1
			PARTIS DEL		1		APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO SEXO [H-1] [N/C
RESGO D	E.TRABAJO ENFERMEDAD MAS	EHNORD CONTRO	L MATERNICAD	DIA	* MES	ANO	TEALOUR DE COMPLETE
DE SEGURO	X PRENITE IS	N. AGE POSTNATAL SI	EXPEDI EL	7	9	0017	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO MÉDICO TRATANTE
PROBASI E RESEO DE TRIBADO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS							NOMBRE FIRMA
Verifiqu	e que su número de segu	ndad social esté	correctament	e anotad	0.	in beat of	MATRICULA
El incapac	itado tiene derecho a subsidio						
a) Si se b) Si la meno cuano c) En ca	trata de un riesgo de trabajo, di incapacidad es causada por u s cuatro colizaciones semana so tengan cubiertas seis coliza so de maternidad, durante 42 no al menos 30 colizaciones s	na enfermedad no les inmediatamente ciones semanales dias anteriores al i	profesional, a pa e anteriores a la e en los últimos cua parto y 42 días po	intermeda itro meses esteriores	d. Los trat anteriore al mismo	sajadores eventi s a la enfermeda si ha	uales percibirán el subsidio ad.
d) Para	el cobro de la prestación econi	omica deberá prese	entar una identific	ación ofici	at con foto	grafia.	COPIA ASEGURADO "NO RASPAR" USO EXCLUSIVO DEL BANCO