UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA  112  121	3 14 JAL MK 870246	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR CURP
FAMILIAR DE ADSCRIPCION ADSCRIPCION DOUGLAS	s) PATRON (PATRONES)  PUESTO DE TRABAJO  INSTA LA COV  LO TOMONTA	Van ed O es de la
DISATION LANDS (LETAY)	NÚMERO A PARTIR PER PA	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO SEXO A-1 M-2
RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD  RAMO DE SEGURO PRE/POST ENLACE	CONTROL PRENATAL EXPEDIDO EL  OR  OTRO  OT	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO MÉDICO TRATANTE
PROBABLE RIESGO DETRABAJO DETRABAJO DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		JUNETA OLS CIPTURA NOMBRE FIRMA
El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacidado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado.      Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que este efectue los ajustes que procedan en el pago del subsidio.      NO		
<ul> <li>Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado pór general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de trabajo.</li> </ul>	accidente o enfermedad de Irabajo o enfermedad  NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)  NÚMERO	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA  Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual
<ul> <li>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, según corresponda, debidamente llenado.</li> </ul>		http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones  COPIA PATRÓN