

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA HCV 1			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3			DELEG./UMAE 08 CHIH			CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MI 206186			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 33		DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 08		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) INDUSTRIAL ELECTRICIDAD				PUESTO DE TRABAJO CATOFEN				
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) VEINTIOCHO				NÚMERO 28		A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 06 10 2021		DÍA MES AÑO 06 10 2021	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL			EXPEDIDO EL		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
		PRE/POST	ENLACE	IMSS	OTRO							
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL							DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD	

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 3312750276											
CURP 3312750276											
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO WISZKA JESUS											
										SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO INSSX 1910201745											
MÉDICO TRATANTE Dr. David Alberto Acosta González Traumatología y Ortopedia Ced. PROMSA 1918 Ced. Esp. 7208437 Matricula IMSS 99206600 HGR 1 HOSPITAL MORELOS											
										FIRMA	
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA											

- 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 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 efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.
- Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad, general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo 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, según corresponda, debidamente llenado.

TRANSFERENCIA DE SEMANAS	<input type="checkbox"/> SÍ
	<input type="checkbox"/> NO
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	NÚMERO

Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual
<http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones>

COPIA PATRÓN