



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y  
CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE  
TRABAJO ST-7

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

|  |                  |
|--|------------------|
| 1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA                |                  |
| DISEÑOS EXCLUSIVOS DE EXHIBIDORES D S A SA DE CV                 |                  |
| 2) DOMICILIO DEL PATRÓN CALLE Y NÚMERO                           |                  |
| COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO |                  |
| 3) CÓDIGO POSTAL   | 4) TELÉFONO FIJO |
| 5) REGISTRO PATRONAL<br>Z343336310                               |                  |
| D.V.<br>2  |                  |

FOLIO 72319090242419013

|  |  |   |   |  |                       |   |  |                                |  |   |  |   |  |               |  |
|--|--|---|---|--|-----------------------|---|--|--------------------------------|--|---|--|---|--|---------------|--|
| 6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>1487790649                                  |  | D.V.<br>5   | 7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)<br>BALDERAS SANCHEZ JOSE GUADALUPE |  |                       |   |  |                                |  |   |  |   |  |               |  |
| 8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)<br>CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS |  |   | 9) CURP<br>BASG791229HQTLDN07   |  | 10) EDAD (AÑOS)<br>44 |   |  |                                |  |   |  |   |  |               |  |
| 11) SEXO<br>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  | 12) ESTADO CIVIL<br>CASADO                            |   | 13) DOMICILIO CALLE Y NÚMERO<br>CTO PUERTA DEL SOL C. OSLO 854 82 CIUDAD DEL SOL QUERÉTARO |                       | COLONIA O FRACCIONAMIENTO                             |  |                                |  |   |  |   |  |               |  |
| ALCALDÍA O MUNICIPIO<br>QUERÉTARO  |  | CIUDAD Y ESTADO<br>SANTIAGO DE QUERÉTARO              |   | CÓDIGO POSTAL<br>76116   |                       | 14) TELÉFONO FJO<br>4424044684                        |  | TELÉFONO CELULAR<br>4425987052 |  | 15) CORREO ELECTRÓNICO<br>josebalderas083@gmail.com |  | 16) UMF DE ADSCRIPCIÓN<br>UMF 9 DEL TINTERO |  |               |  |
| 17) OOAD (IMSS)<br>QUERÉTARO   |  | 18) DÍA DE DESCANSO<br>PREVIO AL ACCIDENTE<br>DOMINGO |   | 19) HORARIO DE TRABAJO<br>EL DÍA DEL ACCIDENTE<br>07:30 A 17:00                            |                       | 20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE<br>TRABAJO |  |                                |  | 21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO        |  |   |  |               |  |
| DÍA<br>19  |  | MES<br>09   |   | AÑO<br>2024  |                       | HORA<br>11:00   |  | DÍA<br>19                      |  | MES<br>09   |  | AÑO<br>2024                                 |  | HORA<br>12:00 |  |

22) SEÑALAR CLARAMENTE DONDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

MASCULINO DE 44 AÑOS. ALERGIAS NEGADAS. APP. DM2. DAPAGLIFOZINA CAD A24HRS. HAS. LOSARTAN 50M G CADA 24HRS. PA. REFIERE QUE EL DÍA DE HOY A LAS 11 HORA EN SU TRABAJO AL ESTAR GIRANDO UNA PIEZA. REALIZO SOBREESFUERZO. LA LEVANTO PARA GIRARLA Y SINTIÓ UN DOLOR INTENSO Y SENSACION DE TRONIDO EN HOMBRO DERECHO. OCACIONANDOLE IMPOSIBILIDAD PARA FLEXIONAR. EXTENDER. ROTAR HOMBRO. SE SOLICITA RADIOGRAFIA. DE HOMBRO EN LA CUAL SE OBSERVA DISMINUCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR GLENOHUMERAL. SE INMOVILIZA SE ENVÍA SEGUNDO NIVEL

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

CONCIENTE ORIENTADO CON BUENA COLORACIÓN DE TEGUMENTOS RUIDO SCARDIACOS RÍTMICOS DE BUENA INTENSIDAD HOMBRO DERECHO IMPOSIBILIDAD PARA ELEVAR SUPINAR PRONAR. ARCOS DE MOVIMIENTO INCOMPLETOS. DOLOR A DIGITOPRESION EDEMA EN ARTICULACIÓN RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS DE BUENA INTENSIDAD ABDOMEN CON NORMOPERISTLASI SEXTREMITADES INTEGRAS SINE DEMA

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

S430. LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO, HOMBRO DERECHO.

25) TRATAMIENTO(S)

INMOVILIZACION. METAMIAZOL 1 GIM DU PIROXICAM TABLETA SCAD A12HRS. ENVIO A SEGUNDO NIVEL.

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

SI ☐ NO ☒

INTOXICACIÓN POR ENERVANTES

SI ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA?

SI ☐ NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD  
INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SI ☒ NO ☐

FECHA DE INICIO

|     |     |      |
|-----|-----|------|
| DÍA | MES | AÑO  |
| 19  | 09  | 2024 |

NÚMERO DE FOLIO

UU102859

NÚMERO DE DÍAS  
AUTORIZADOS

1

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO  
DE:

SALUD EN EL TRABAJO Y MED FAM

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

OSIRIS ERENDIRA GONZALEZ ESPANA

32) MATRÍCULA

99125008

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

UMF 9 DEL TINTERO - QUERETARO

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

Jose Manuel Balderas Sanchez  
ASEGURADO  
(NOMBRE Y FIRMA)

BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL  
ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)

TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O  
FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

NOTA. EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.



| 1) NOMBRE DEL PATRÓN, O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | 2) ACTIVIDAD O GIRO    | 3) REGISTRO PATRONAL | D.V. |
|--|------------------------|----------------------|------|
| INDUSTRIAL DEL FERRALLEROS DE LA SIDA DE LA V      | FABRICACION DE MUEBLES | 734325310            | 2    |

18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

EN LA EMPRESA ☒ EN UNA COMISIÓN ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐

Escaneado con CamScanner





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
PARA EL TRABAJO**

NSS : 1497-79-0649 AGREGADO MÉDICO: 1M19790R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE GUADALUPE BALDERAS SANCHEZ

CURP: BASG791229HQLND07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1979

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

UNIDAD:UMF 9 DEL  
TINTERO

CVE PTAL. 232901252110

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE  
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1497-79-0649



Serie y Folio UU102859

| Unidad Médica Expedidora | Nivel Atención          | Delegación Expedidora                            | Certificado de Incapacidad Serie |
|--------------------------|-------------------------|--|----------------------------------|
| UMF 9 Del Tintero        | 1                       | Querétaro  | UU102859                         |
| UMF Adscripción          | Delegación Adscripción  | Patrón(es)                                       | Puesto de trabajo                |
| UMF 9 Del Tintero        | Querétaro               | DISEÑOS EXCLUSIVOS DE<br>EXHIBIDORES D.S.A.DE CV | Soldadores y oxicortadores       |
| Tipo Incapacidad         | Días Autorizados(Letra) | Número   | A partir del                     |
| INICIAL                  | uno                     | 1  | 19/09/2024                       |
| Ramo de Seguro           |                         | Control Maternidad                               | Expedido el                      |
| Enfermedad general       |                         | NO   | 19/09/2024                       |
| Probable Riesgo Trabajo  |                         | Días Acumulados                                  |                                  |
| SI                       |                         | 0  |                                  |

**El incapacitado tiene derecho a subsidio**

- a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de Incapacidad.  
b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.  
c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.  
d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una Identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico  
OSIRIS ERENDIDA GONZALEZ ESPAÑA

Matrícula  
99125008

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

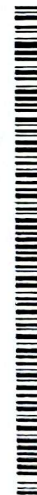
Matrícula  
NO APLICA

**COPIA ASEGURADO**

AHORA ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:  
Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:

1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.
2. Identificación oficial vigente.
3. Documento con NSS.

Si cuentas con Firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.



Fecha de Impresión: 19/09/2024 13:02:11



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
PARA EL TRABAJO**

NSS: 1497-79-0649 AGREGADO MÉDICO: 1M19790R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE GUADALUPE BALDERAS SANCHEZ

CURP: BASG791229HQTLD07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1979

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

UNIDAD: UMF 9 DEL  
TINTERO

CVE PTAL. 232901252110

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE  
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: INE 0754042068022



Serie y Folio UU103161

| Unidad Médica Expedidora | Nivel Atención           | Delegación Expedidora                             | Certificado de Incapacidad Serie |
|--------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|
| UMF 9 Del Tintero        | 1                        | Querétaro   | UU103161                         |
| UMF Adscripción          | Delegación Adscripción   | Patrón(es)  | Puesto de trabajo                |
| UMF 9 Del Tintero        | Querétaro                | DISEÑOS EXCLUSIVOS DE<br>EXHIBIDORES S.A. DE C.V. | Soldadores y oxicortadores       |
| Tipo Incapacidad         | Días Autorizados (Letra) | Número  | A partir del                     |
| SUBSECUENTE              | cinco                    | 5   | 20/09/2024                       |
| Ramo de Seguro           |                          | Control Maternidad                                | Expedido el                      |
| Enfermedad general       |                          | NO  | 20/09/2024                       |
| Probable Riesgo Trabajo  |                          | Días Acumulados                                   |                                  |
| NO                       |                          | 1   |                                  |

**El incapacitado tiene derecho a subsidio**

- a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.  
b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.  
c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.  
d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico  
FABIAN SANDOVAL

Matricula  
99235970

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matricula  
NO APLICA

**COPIA ASEGURADO**

AHORA ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:

Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:

1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.
2. Identificación oficial vigente.
3. Documento con NSS.

Si cuentas con Firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.



Fecha de Impresión: 20/09/2024 16:01:39





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
MEXICO, D.F. Y ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO



NSS: 1497-79-0649 AGREGADO MÉDICO: IM19790R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE GUADALUPE BALDERAS SANCHEZ

CURP: BASG791229HQTEND07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1979

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

UNIDAD: UMF 9 DEL

CVE PTAL. 232901252110

TINTERO

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE  
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: INE 0754042068022

Serie y Folio UU104109

|                          |                         |   |                                  |
|--------------------------|-------------------------|---|----------------------------------|
| Unidad Médica Expedidora | Nivel Atención          | Delegación Expedidora                             | Certificado de Incapacidad Serie |
| UMF 9 Del Tintero        | 1                       | Querétaro   | UU104109                         |
| UMF Adscripción          | Delegación Adscripción  | Patrón(es)  | Puesto de trabajo                |
| UMF 9 Del Tintero        | Querétaro               | DISEÑOS EXCLUSIVOS DE<br>EXHIBIDORES S.A. DE C.V. | Soldadores y oxicortadores       |
| Tipo Incapacidad         | Días Autorizados(Letra) | Número  | A partir del                     |
| CONSECUENTE              | sete                    | 7   | 25/09/2024                       |
| Ramo de Seguro           |                         | Control Maternidad                                | Expedido el                      |
| Trabajo de trabajo       |                         | NO  | 25/09/2024                       |
| Probable Riesgo Trabajo  |                         | Días Acumulados                                   |                                  |
| NO                       |                         | 5   |                                  |

El incapacitado tiene derecho a subsidio

a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.

b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.

d) Para el goce de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico  
DR. FABRIN SANDOVAL

Matrícula  
99235970

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matrícula  
NO APLICA

### COPIA ASEGURADO

- ¿HAY O ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD?
- Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:
1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.
  2. Identificación oficial vigente.
  3. Documento con NSS.
  4. Si cuentas con firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.



Fecha de Impresión: 25/09/2024 17:58:40



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO



NSS: 1497-79-0649 AGREGADO MÉDICO: 1M19790R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE GUADALUPE BALDERAS SANCHEZ

CURP: BASG791229HQTLD07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1979

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

UNIDAD: UMF 9 DEL  
TINTERO

CVE PTAL. 232901252110

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE  
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1497790649

Serie y Folio UU105278

|                          |                          |   |                                  |
|--------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|
| Unidad Médica Expedidora | Nivel Atención           | Delegación Expedidora                             | Certificado de Incapacidad Serie |
| UMF 9 Del Tintero        | 1                        | Querétaro   | UU105278                         |
| UMF Adscripción          | Delegación Adscripción   | Patrón(es)  | Puesto de trabajo                |
| UMF 9 Del Tintero        | Querétaro                | DISEÑOS EXCLUSIVOS DE<br>EXHIBIDORES S.A. DE C.V. | Soldadores y oxicortadores       |
| Tipo Incapacidad         | Días Autorizados (Letra) | Número  | A partir del                     |
| SUSSECUENTE              | cinco                    | 5   | 02/10/2024                       |
| Ramo de Seguro           |                          | Control Maternidad                                | Expedido el                      |
| Riesgo de trabajo        |                          | NO  | 02/10/2024                       |
| Probable Riesgo Trabajo  |                          | Días Acumulados                                   |                                  |
| NO                       |                          | 7   |                                  |

### El incapacitado tiene derecho a subsidio

- Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.
- Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.
- En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.
- Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico  
MARICRUZ GLADYS LAZCANO TELLEZ

Matrícula  
98234052

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matrícula  
NO APLICA

### COPIA ASEGURADO

AHORA ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:  
Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:  
1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.  
2. Identificación oficial vigente.  
3. Documento con NSS.  
Si cuentas con firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.

Fecha de Impresión: 02/10/2024 16:13:11





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
PARA EL TRABAJO**



NSS: 1497-79-0649 AGREGADO MÉDICO: 1M1979OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE GUADALUPE BALDERAS SANCHEZ

CURP: BASG791229HQTLD07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1979

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

UNIDAD: UMF 9 DEL  
TINTERO

CVE PTAL. 232901252110

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE  
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1497-79-0649

Serie y Folio UU106532

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Unidad Médica Expedidora</b> | <b>Nivel Atención</b>           |
| UMF 9 Del Tintero               | 1                               |
| <b>UMF Adscripción</b>          | <b>Delegación Adscripción</b>   |
| UMF 9 Del Tintero               | Querétaro                       |
| <b>Tipo Incapacidad</b>         | <b>Días Autorizados (Letra)</b> |
| SUSSECUENTE                     | cinco                           |
| <b>Ramo de Seguro</b>           |                                 |
| Enfermedad general              |                                 |
| <b>Probable Riesgo Trabajo</b>  |                                 |
| NO                              |                                 |

|   |   |
|---|---|
| <b>Delegación Expedidora</b>                      | <b>Certificado de Incapacidad Serie</b> |
| Querétaro   | UU106532                                |
| <b>Patrón(es)</b>                                 | <b>Puesto de trabajo</b>                |
| DISEÑOS EXCLUSIVOS DE<br>EXHIBIDORES S.A. DE C.V. | Soldadores y oxicatoradores             |
| <b>Número</b>                                     | <b>A partir del</b>                     |
| 5   | 07/10/2024                              |
| <b>Control Maternidad</b>                         | <b>Expedido el</b>                      |
| NO  | 08/10/2024                              |
| <b>Días Acumulados</b>                            |   |
| 0   |   |

**El incapacitado tiene derecho a subsidio**

- a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.  
b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.  
c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.  
d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

**Nombre y firma del médico**  
JHON EULIER TREJO MUÑOZ

**Matrícula**  
99164746

**Nombre y firma del médico que autoriza**  
MARIANNA DIAZ CARRILLO

**Matrícula**  
99238205

**COPIA ASEGURADO**

AHORA ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:  
Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:

1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.
2. Identificación oficial vigente.
3. Documento con NSS.

Si cuentas con Firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.

Fecha de Impresión: 08/10/2024 15:52:08



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
MEXICO Y EN EL EXTERNO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO



NSS: 1497-79-6649 AGREGADO MÉDICO: IM19790R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSÉ GUADALUPE BALDERAS SANCHEZ

CURP: BAS6791229HQTLND07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1979

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

UNIDAD: UMF 9 DEL  
TINTERO

CVE PTAL: 232901252110

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE  
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1497790649

Serie y Folio UU107236

|                          |                          |   |                                  |
|--------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|
| Unidad Médica Expedidora | Nivel Atención           | Delegación Expedidora                             | Certificado de Incapacidad Serie |
| UMF 9 Del Tintero        | 1                        | Querétaro   | UU107236                         |
| UMF Adscripción          | Delegación Adscripción   | Patrón(es)  | Puesto de trabajo                |
| UMF 9 Del Tintero        | Querétaro                | DISEÑOS EXCLUSIVOS DE<br>EXHIBIDORES S.A. DE C.V. | Soldadores y oxicortadores       |
| Tipo Incapacidad         | Días Autorizados (Letra) | Número  | A partir del                     |
| CONSECUENTE              | seis                     | 6   | 12/10/2024                       |
| Ramo de Seguro           |                          | Control Maternidad                                | Expedido el                      |
| Riesgo de trabajo        |                          | NO  | 11/10/2024                       |
| Probable Riesgo Trabajo  |                          | Días Acumulados                                   |                                  |
| NO                       |                          | 5   |                                  |

El incapacitado tiene derecho a subsidio

a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.

b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

c) En caso de enfermedad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.

d) Para el goce de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico

Nombre APLICADOR: ANDREA MURILLO MEJIA VAZQUEZ

Matrícula  
99232461

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matrícula  
NO APLICA

### COPIA ASEGURADO

Antes de POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:

Antes de la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:

1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.

2. Identificación oficial vigente.

3. Documento con NSS.

Si cuentas con Firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.



Fecha de Impresión: 11/10/2024 15:33:21





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
NUEVO ORDEN Y NUEVO GOBIERNO MEXICAL

COPIA DE PRESTADORES MEDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO



NSS: 1497-79-0649 AGREGADO MEDICO: 1419790R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE GUADALUPE BALDERAS SANCHEZ

CURP: BASG791229HQTIND07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1979

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

UNIDAD: UMF 9 DEL  
TINTERO

CVE PTAL. 232901252110

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE  
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1497790649

Serie y Folio UU108437

|                          |                         |   |                                  |
|--------------------------|-------------------------|---|----------------------------------|
| Unidad Médica Expedidora | Nivel Atención          | Delegación Expedidora                             | Certificado de Incapacidad Serie |
| UMF 9 Del Tintero        | 1                       | Querétaro   | UU108437                         |
| UMF Adscripción          | Delegación Adscripción  | Patrón(es)  | Puesto de trabajo                |
| UMF 9 Del Tintero        | Querétaro               | DISEÑOS EXCLUSIVOS DE<br>EXHIBIDORES S.A. DE C.V. | Soldadores y oxicortadores       |
| Tipo Incapacidad         | Días Autorizados(Letra) | Número  | A partir del                     |
| SUSECUENTE               | siete                   | 7   | 18/10/2024                       |
| Ramo de Seguro           |                         | Control Maternidad                                | Expedido el                      |
| Riesgo de trabajo        |                         | NO  | 17/10/2024                       |
| Probable Riesgo Trabajo  |                         | Días Acumulados                                   |                                  |
| NO                       |                         | 6   |                                  |

El incapacitado tiene derecho a subsidio

a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de Incapacidad.

b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos veinte cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 20 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.

d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

|                                       |           |  |           |
|---------------------------------------|-----------|--|-----------|
| Nombre y firma del médico             | Matricula | Nombre y firma del médico que autoriza | Matricula |
| NORMA ALEJANDRA YURIDIA MEJIA VAZQUEZ | 99232461  | NO APLICA                              | NO APLICA |

### COPIA ASEGURADO

AMORABLES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:

Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:

1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.

2. Identificación oficial vigente.

3. Documento con NSS.

Si cuentas con Firma electrónica (FEF) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.




Fecha de Impresión: 17/10/2024 15:33:10



- Revise tu Cartilla Nacional de Salud
- Te pese y mida
- Te aplique las vacunas que corresponda
- Te informe sobre las acciones necesarias para prevenir enfermedades, accidentes y lesiones
- Te realicen las pruebas de detección de acuerdo a tu edad
- Te oriente y capacite sobre los cuidados para conservar o recuperar tu salud

**Tu participación es lo más importante  
para mantener tu salud**

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| No. SEG SOCIAL: AGREGADO MEDICO      |  |  |
| 1497790649 - 5 1M1979OR              |  |   |
| <b>IDENTIFICACION:</b>               |  |   |
| NOMBRE: BALDERAS SANCHEZ             |  |   |
| JOSE GUADALUPE                       |  |   |
| UNIDAD MÉDICA: QUERÉTARO, HORARIO: V |  |   |
| CONSULTORIO No. 02                   |  |   |

|  |  |                       |
|--|--|-----------------------|
| <b>DATOS GENERALES:</b>                        |  |                       |
| CURP: BASG791229HQTLND07                       |  | EDAD: 043             |
| DOMICILIO: CTO PUERTA DEL SOL C. OSLO, 854, 82 |  |                       |
| CALLE Y NÚMERO                                 |  |                       |
| COLONIA CIUDAD DEL SOL,                        |  |                       |
| COLONIA / LOCALIDAD                            |  | DELEGACIÓN/ MUNICIPIO |
| QUERÉTARO                                      |  |                       |
| ENTIDAD FEDERATIVA                             |  |                       |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:                   |  |                       |
| CIUDAD / POBLACIÓN                             |  | DELEGACIÓN/ MUNICIPIO |
| QUERÉTARO                                      |  | 29 12 1979            |
| ENTIDAD FEDERATIVA                             |  | DIA MES AÑO           |

**Más vale PREVENIMSS**

Estimada y estimado derechohabiente, el Instituto Mexicano del Seguro Social le da la cordial bienvenida al incorporarse a los servicios de salud que procuran su bienestar y el de su familia.

En su primera visita a la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde, lo invitamos a que acuda al Módulo PREVENIMSS, donde de acuerdo a su grupo de edad y sexo le realizaremos las actividades preventivas necesarias para el cuidado de su salud, así como consejos para llevar un estilo de vida activo y saludable.