



INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL  
ESTADO

ISSSTE

### CEDULA DE IDENTIFICACION INICIAL

FECHA	DIA	MES	AÑO		DELEGACION				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			NOMBRE(S)				
RFC			CURP						
DOMICILIO PARTICULAR		CALLE Y NUMERO	COLONIA Y C.P.	DELEGACION					
EDAD	<input type="text"/>	SEXO	M <input type="text"/>	F <input type="text"/>	TEL. PARTICULAR				
DEPENDENCIA			CLINICA DE ADSCRIPCION						
UNIDAD MEDICA DONDE ACTUALMENTE RECIBE ATENCION MEDICA			NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE						
¿DESDE QUE FECHA RECIBE ATENCION MEDICA POR ESTE RIESGO DE TRABAJO?					FECHA	DIA	MES	AÑO	
¿RECIBE LICENCIAS MEDICAS POR ESTE RIESGO DE TRABAJO? SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>					TOTAL DE DIAS AMPARADOS				
¿DE QUE UNIDAD MEDICA ES LA ULTIMA LICENCIA MEDICA?				FECHA DE ULTIMA LICENCIA MEDICA		DIA	MES	AÑO	
¿HA TENIDO OTRO RIESGO DE TRABAJO? SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>					FECHA	DIA	MES	AÑO	
NOMBRE DEL TRABAJADOR					FIRMA				