

CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ RFC ó CURP: _____

NATURALEZA DEL RIESGO			
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO			
ACCIDENTE EN COMISIÓN			
ACCIDENTE EN TRAYECTO			
ENFERMEDAD DE TRABAJO			
DEFUNCIÓN	FECHA		
	DÍA	MES	AÑO

UNIDAD MEDICA QUE EXPIDE CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA	DÍA	MES	AÑO	HORA

ANTECEDENTES

FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE					
	DÍA	MES	AÑO	HORA	MIN

MARQUE CON UNA "X", LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL					
RIÑA		ALIENTO ALCOHOLICO		INTENCIONALIDAD DE LA LESIÓN	TÓXICOS
ESTADO DE EBRIEDAD		BAJO EFECTO DE DROGAS		POR PRESCRIPCIÓN MEDICA	

PADECIMIENTO ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA (LESIONES ANATÓMICAS)

ISSSTE

LABORATORIO Y GABINETE
DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO
DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO
DIAGNÓSTICO ANATOMO FUNCIONAL
PRONÓSTICO

DÍAS DE LICENCIA MÉDICA OTORGADOS	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
-----------------------------------	---

--

DE	DÍA	MES	AÑO
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

A	DÍA	MES	AÑO
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

NOMBRE DEL MÉDICO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
-------------------	------------------	------------------	------------

CÉDULA PROFESIONAL	
--------------------	--

.....
 FIRMA DEL MÉDICO

C.C.P. TRABAJADOR
 DEPENDENCIA. PRESENTE
 UNIDADES MÉDICAS. PRESENTE
 SUBDELEGACIÓN MÉDICA. PRESENTE
 MÉDICA
 SUBDELEGADO DE PRESTACIONES. PRESENTE
 EXPEDIENTE CLÍNICO. MEDICINA FAMILIAR

SELLO UNIDAD

REVERSO

