

ALSEFICACIÓN TOTAL DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES PENALES APLICABLES EN EL TERRITORIO NACIONAL



RT-09 TRÁMITE DE INVALIDEZ GRATUITO

CERTIFICADO MÉDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD; ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO; DE INCAPACIDAD TOTAL
O PARCIAL; DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO

DIRECCIÓN MÉDICA
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES

Borrador

PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE
LLÉNESE A MÁQUINA O COMPUTADORA

1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

1.1 DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR.	1.2 DATOS DE LA(S) DEPENDENCIA(S) O ENTIDAD(ES)
RFC _____ EDAD _____ SEXO _____	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN _____
CURP _____	_____
EMPLEO _____ años de cotización al ISSSTE	NUM. DE AMO _____ DOMICILIO _____
DOMICILIO PARTICULAR _____	_____ NÚM. EXT. _____ NÚM. INT. _____
_____ NÚM. EXT. _____ NÚM. INT. _____	_____
COLONIA _____	COLONIA _____
LOCALIDAD _____ C.P. _____	LOCALIDAD _____ C.P. _____
MPIO. O DELEG. POLÍTICA _____	MPIO. O DELEG. POLÍTICA _____
ENTIDAD FEDERATIVA _____	ENTIDAD FEDERATIVA _____
TELÉFONO _____	TELÉFONO _____

1.3 DELEGACIÓN ISSSTE _____	CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN _____
-----------------------------	---

2.1 DESCRIBIR RESUMEN CLÍNICO, EXÁMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APOYO PRECISANDO FECHAS
(EL MÉDICO TRATANTE NO DEBERÁ PRONUNCIARSE POR BENEFICIO ALGUNO)

2.2 DIAGNÓSTICO FINAL	
DÍAS AMPARADOS DE LICENCIA MÉDICA HASTA LA FECHA DE ELABORACIÓN DE ESTE CERTIFICADO MÉDICO _____	
3. RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN	
NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD Y SELLO
ESPECIALIDAD	DÍA : MES AÑO

ENTREGUESE A SU ASEGURADORA (SEGURO INSTITUCIONAL) SOLO EN CASO DE DICTAMEN DE INVALIDEZ