DICTAMEN MÉDICO DE INHABILITACIÓN PARA BENEFICIARIOS DEL ISSEMyM

1/ FOLIO:

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO O PENSIONADO				
2/ NOMBRE COMPLETO:	3/ CLAVE ISSEMyM:	4/ GÉNERO: F	M	5/ EDAD:
6/ DOMICILIO (CALLE, NÚMERO INTERIOR, EXTERIOR, COLONIA, MUNICIPIO Y ESTADO):				

DATOS DEL BENEFICIARIO			
7/ NOMBRE COMPLETO:	8/ GÉNERO: F	M	9/ EDAD:

ESTUDIO MÉDICO
10/ANTECEDENTES HEREDO FAMILIAR, NO PATOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS:
11/ DATOS CLÍNICOS DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y EXPLORACIÓN FÍSICA:

12/ INICIO DE PADECIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO

DIAGNÓSTICO
13/ NOSOLÓGICO:
14/ ETIOLÓGICO:
15/ ANATOMOFUNCIONAL:

PRONÓSTICO		
16/ PARA LA VIDA:	17/ PARA LA FUNCIÓN:	18/ PARA EL TRABAJO:

19/ EXISTE ESTADO DE INHABILITACIÓN: SÍ ☐ NO ☐	20/ CARÁCTER DE INHABILITACIÓN:	21/ FECHA DE EMISIÓN DEL DICTAMEN:
22/ NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA DONDE SE EMITE:	23/ NOMBRE COMPLETO Y CLAVE DEL MÉDICO QUE ELABORÓ EL DICTAMEN:	

24/ ELABORÓ	25/ VALIDÓ	26/ AUTORIZÓ
FIRMA DEL MÉDICO DEL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL TRABAJO	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL COORDINADOR DE SERVICIOS DE SALUD