

DICTAMEN MÉDICO DE INHABILITACIÓN PARA SERVIDOR PÚBLICO

1/ FOLIO:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA

2/ Nombre completo de la institución pública:	3/ Teléfono fijo y/o móvil:
---	-----------------------------

4/ Domicilio completo:

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO

5/ Nombre completo:	6/ Clave ISSEMyM:
---------------------	-------------------

7/ Puesto nominal:	8/ Puesto funcional:	9/ Antigüedad:	10/ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	11/ Edad:
--------------------	----------------------	----------------	--	-----------

12/ Domicilio completo:

ESTUDIO MÉDICO

13/ Antecedentes heredo familiares no patológicos y patológicos:

14/ Datos clínicos del padecimiento actual y exploración física:	15/ Inicio del padecimiento		
	día	mes	año

16/ Estudios de laboratorio y gabinete:

17/ Tratamiento:

Diagnóstico	18/ Nosológico:		19/ Etiológico:	
	20/ Anatomofuncional:			
Pronóstico	21/ Para la vida:	22/ Para la función:	23/ Para el trabajo:	
Estudio laboral	24/ Antecedentes laborales (descripción de labores anteriores, actuales y requerimiento del puesto):			
Excluyentes	25/ Se trata de un riesgo de trabajo:	26/ Provocó intencionalmente su estado patológico:	27/ Es resultado de la comisión de un delito:	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
28/ Existe estado de inhabilitación:	29/ Carácter de inhabilitación:	30/ Inicio del estado de inhabilitación:	31/ Fecha de elaboración:	
32/ Nombre de la unidad médica donde se emite el dictamen:		33/ Nombre completo y clave del médico que emitió el dictamen:		
34/ Elaboró	35/ Validó		36/ 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	