

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)

ANVERSO



LABORATORIO Y GABINETE
DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO
DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO
DIAGNÓSTICO ANATOMO FUNCIONAL
PRONÓSTICO

DÍAS DE LICENCIA MÉDICA OTORGADOS	□	DE	DÍA	MES	AÑO	A	DÍA	MES	AÑO
	□		□	□	□		□	□	□

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