



Gobierno de México



Instituto Mexicano Del Seguro Social
Delegación Estatal en Chiapas
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación de Gestión Médica



Folio Interno de la Unidad _____.

Unidad de Medicina Familiar No. _____.

Constancia de Cuidados Maternales

A quien corresponda:

El suscrito Médico Familiar _____

legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión con Cédula Profesional

Número _____ Matrícula _____ Certifica

que él o la o él menor de edad

_____ con Número de Seguridad

Social _____ *Amerita _____

días de cuidados especiales por cursar con Diagnóstico de

_____.

Se extiende la presente petición de la parte interesada en base a la cláusula **66** de

Contrato Colectivo de Trabajo de SUICOBACH a los _____ del mes de

_____ del _____ en la ciudad de

_____, Chiapas.

Nombre y Firma del suscrito.

*Anotar con letra los días justificados.

CCP.- Archivo clínico de la Unidad de Medicina Familiar.