

## FORMATO DE INCAPACIDAD

Lagos de Moreno a 01 de diciembre 2021

A quien corresponda:

Por medio de la presente, hago de su conocimiento que **C. (NOMBRE DEL PACIENTE)** adscripción al departamento de (DEPARTAMENTO) NE: (NUMERO DE EMPLEADO) acude a esta Unidad, con (diagnóstico) por lo que se brinda incapacidad del (FECHA) al por riesgo laboral.

Sin más por el momento, me despido de usted, quedando a su disposición para cualquier duda o aclaración.

**ATENTAMENTE**

---

(Nombre del médico) (Cedula profesional)  
**Médico Municipal**