

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE SEMANAS DE DESCANSO DEL PERIODO PRENATAL AL POSTNATAL

Lugar y Fecha _____.

Datos de la Asegurada

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

NSS: _____ UMF de adscripción: _____ Consultorio: _____ Turno: _____

Actividad (es) laboral (es): _____ Domicilio: _____
(Calle, número exterior – interior)

Delegación o Municipio: _____ C.P. _____ Teléfono particular: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

En mi carácter de asegurada de este Instituto, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1 y 123, apartado A, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 85, segundo párrafo, 94, fracción I, 101, 102 y 103, de la Ley del Seguro Social; 170, fracción II, de la Ley Federal del Trabajo; es mi voluntad solicitar la transferencia de _____ semanas de descanso del periodo prenatal para disfrutarse
Número y letra (1, 2, 3 o 4)

en el periodo postnatal, habiendo obtenido:

A: La autorización escrita de mi médico tratante:

- Institucional.
 Externo. Se adjunta a la presente solicitud, la autorización escrita.

B: La opinión expresa de mi patrón (es), que firma (an) la presente solicitud para acreditar este hecho, a través de su área de Recursos Humanos.

Asimismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la naturaleza del trabajo que desempeño con mi(s) patrón (es), no exige esfuerzos considerables que signifiquen un peligro para mi salud en relación con la gestación. Para tal fin proporciono lo siguiente:

Datos de la(s) Empresa(s) o Patrón(es)

Nombre, denominación o razón social: _____ Registro patronal: _____
Domicilio: _____ Delegación o Municipio: _____
(Calle, número exterior-interior)

C.P. _____ Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____

Yo _____, patrón persona física o representante legal de la empresa, quien se
Nombre del responsable

Identifica con _____¹, otorgo mi consentimiento a la solicitud que realizó mi trabajadora
Nombre de la asegurada

para transferir _____ semanas de descanso del
Número y letra (1, 2, 3 o 4)

periodo prenatal al postnatal que le corresponden.

Firma del patrón o representante legal y sello de la empresa

¹ Identificación oficial: Credencial para Votar, Pasaporte, Cédula Profesional. Se deberá anexar copia fotostática legible de la identificación.

Nombre, denominación o razón social: _____ Registro patronal: _____

Domicilio: _____ Delegación o Municipio: _____
(Calle, número exterior-interior)

C.P. _____ Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____

Yo _____, patrón persona física o representante legal de la empresa, quien se
Nombre del responsable

Identifica con _____¹, otorgo mi consentimiento a la solicitud que realizó mi trabajadora
Nombre de la asegurada

_____ para transferir _____ semanas de descanso del
Número y letra (1, 2, 3 o 4)
periodo prenatal al postnatal que le corresponden.

Firma del patrón o representante legal y sello de la empresa

Nombre, denominación o razón social: _____ Registro patronal: _____

Domicilio: _____ Delegación o Municipio: _____
(Calle, número exterior-interior)

C.P. _____ Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____

Yo _____, patrón persona física o representante legal de la empresa, quien se
Nombre del responsable

Identifica con _____¹, otorgo mi consentimiento a la solicitud que realizó mi trabajadora
Nombre de la asegurada

_____ para transferir _____ semanas de descanso del
Número y letra (1, 2, 3 o 4)
periodo prenatal al postnatal que le corresponden.

Firma del patrón o representante legal y sello de la empresa

Datos del Médico(s) que autoriza(n)

Opinión del Médico externo al IMSS, que lleva el control y vigilancia prenatal:

Nombre: _____ Cédula Profesional: _____^{*}
Apellido Paterno, apellido Materno, Nombre (s)

Institución para la que presta sus servicios: _____.

Documento (s) anexo (s) _____

mediante el cual establece que la C. _____ cursa su embarazo sin complicaciones
(Nombre de la Trabajadora)

y sin presentar signos de alarma, por lo que considera viable la transferencia de semanas.

Firma del Médico

Fecha

*Anexar copia fotostática de la cédula profesional.

Datos del Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social que autoriza:

Nombre: _____ Matrícula: _____
Apellido paterno Apellido Materno Nombre (s)
Cédula Profesional: _____ UMF de adscripción: _____ Consultorio: _____ Turno: _____

Habiendo valorado clínicamente el estado de salud y evolución del embarazo de la asegurada, tomando en cuenta los antecedentes de atención médica institucional o extra institucionales que presenta la misma, la opinión del patrón (es) y atendiendo la solicitud que realiza la trabajadora para la transferencia de semanas del periodo prenatal al postnatal:

A: Se autoriza transferir _____
Número y letra (1, 2, 3 o 4)

Con lo cual la trabajadora deberá acudir a desempeñar sus actividades a la empresa hasta el día _____,
(Día/mes/año) iniciando su incapacidad temporal para el trabajo a partir del día _____.
(Día/mes/año)

B. NO se autoriza la transferencia de semanas.

Firma del Médico

Fecha de certificación

He sido notificada que al momento de esta autorización mi embarazo ha cursado normal, sin embargo también se me ha informado que esta evolución puede modificarse en cualquier momento, ya sea por actividad laboral o traslados, toda vez que los mismos, aumentan el riesgo de complicaciones en mi embarazo. Tengo conocimiento que al presentarse cualquier manifestación de alarma, de las que me fueron informadas, podré acudir a mi Unidad Médica del IMSS en cualquier momento, para recibir la atención médica correspondiente.

Nombre y firma de la asegurada