



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFICIENCIA FUNCIONAL**  
con fines de aplicación del Artículo 186 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

**DATOS DEL PATRÓN O DE LA EMPRESA**

1) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		2) REGISTRO PATRONAL	
3) DOMICILIO CALLE, NÚMERO Y COLONIA		4) ACTIVIDAD O GIRO	
5) ALCALDÍA O MUNICIPIO	6) C. P.	7) ESTADO	8) TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

**DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA**

9) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)			10) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
11) CURP	12) EDAD AÑOS	13) SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	14) UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	
15) NÚMERO Y TIPO DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL				
16) DOMICILIO CALLE, NÚMERO Y COLONIA			17) TELÉFONO(S)	
18) ALCALDÍA O MUNICIPIO		19) C. P.	20) ESTADO	
<b>PARA USO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO</b>				
21) FECHA DE LA CITA	22) HORA	23) NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DE QUIEN OTORGA LA CITA		