



Folio Interno de la Unidad _____

Unidad de Medicina Familiar No. _____

Constancia de Cuidados Maternales

A quien corresponda:

El suscrito Medico Familiar _____

Legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión con Cedula Profesional

Número _____ Matrícula _____ Certifica que él o

La ó el 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 70 del

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

del _____ en la ciudad de _____ Chiapas.

Nombre y Firma del suscrito

*Anotar con letra los días justificados

C.c.p.- Archivo clínico de la Unidad de Medicina Familiar.