



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
 _____, para transferir _____ semanas de descanso del
 Nombre de la asegurada _____ 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
 _____, para transferir _____ semanas de descanso del
 Nombre de la asegurada _____ 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.



SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE SEMANAS DE DESCANSO DEL PERÍODO 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
para transferir _____ semanas de descanso del

Nombre de la asegurada _____ 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.