

AVISO MÉDICO DE SUSPENSIÓN

FOLIO	
-------	--

FECHA	DÍA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

SRA. O SR.	NÚM. ECONÓMICO
------------	----------------

ME PERMITO INFORMARLE QUE EN LA ÚLTIMA REVISIÓN PRACTICADA AL NIÑO(A)
SE LE ENCONTRÓ UN CUADRO DE _____
POR EL BIENESTAR DEL NIÑO(A) Y DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE ESTE CENTRO, DEBO SUSPENDERLO(A) POR _____ DÍA(S), A PARTIR DEL _____ DE _____ DE _____ .
CON LA RECOMENDACIÓN DE QUE ACUDA A LA BREVEDAD POSIBLE CON SU PEDIATRA, A FIN DE QUE SE LE TRATE ADECUADAMENTE.

JEFA O JEFE DE LA SECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA

T1 JEFA O JEFE INMEDIATO
T2 TRABAJADOR(A)
T3 CENDI

ESTE DOCUMENTO SOLO INCAPACITA AL NIÑO(A), NO A LA TRABAJADORA O AL TRABAJADOR

AVISO MÉDICO DE SUSPENSIÓN

FOLIO	
-------	--

FECHA	DÍA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

SRA. O SR.	NÚM. ECONÓMICO
------------	----------------

ME PERMITO INFORMARLE QUE EN LA ÚLTIMA REVISIÓN PRACTICADA AL NIÑO(A)
SE LE ENCONTRÓ UN CUADRO DE _____
POR EL BIENESTAR DEL NIÑO(A) Y DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE ESTE CENTRO, DEBO SUSPENDERLO(A) POR _____ DÍA(S), A PARTIR DEL _____ DE _____ DE _____ .
CON LA RECOMENDACIÓN DE QUE ACUDA A LA BREVEDAD POSIBLE CON SU PEDIATRA, A FIN DE QUE SE LE TRATE ADECUADAMENTE.

JEFA O JEFE DE LA SECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA

T1 JEFEA O JEFE INMEDIATO
T2 TRABAJADOR(A)
T3 CENDI

ESTE DOCUMENTO SOLO INCAPACITA AL NIÑO(A), NO A LA TRABAJADORA O AL TRABAJADOR