

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO mediante el cual se da a conocer el formato Autorización para Recibir Servicios Médicos (SAV 009).

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asunto: Publicación del formato Autorización para Recibir Servicios Médicos (SAV 009).

En cumplimiento con el Acuerdo 555/2002 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha 22 de octubre de 2002, se da a conocer el formato denominado Autorización para Recibir Servicios Médicos (SAV 009), así como su instructivo de llenado.

Atentamente

México, D.F., a 11 de julio de 2005.- El Director de Incorporación y Recaudación del Seguro Social, **José Antonio Alvarado Ramírez**.- Rúbrica.

CARA EXTERNA

REVERSO

LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD QUE SE EXPIDAN, DEBERAN REMITIRSE A LA DELEGACION DE ADSCRIPCION DEL ASEGURADO PARA SU CERTIFICACION Y PAGO

EL ASEGURADO DEBE IDENTIFICARSE PRESENTANDO CREDENCIAL EXPEDIDA POR SU PATRON O POR EL INSTITUTO

ESTA AUTORIZACION NO ES VALIDA CON TACHADURAS O ENMENDADURAS

ANVERSO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIOS DE AFILIACION VIGENCIA

AUTORIZACION PARA RECIBIR
SERVICIOS MEDICOS

LA FECHA DE CADUCIDAD NO DETERMINA
EL PERIODO DE VIGENCIA, POR LO QUE EL
OTORGAMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS QUEDARA
SUJETO A LA CERTIFICACION DE LA VIGENCIA DEL
TRABAJADOR

CARA INTERNA

<p>EL PATRON _____ NOMBRE O RAZON SOCIAL</p> <p>CON NUMERO DE REGISTRO _____</p> <p>INSCRITO EN _____ LOCALIDAD Y ESTADO</p> <p>SOLICITA PARA SU TRABAJADOR _____</p> <p>CON No. S.S. _____</p> <p>C.U.R.P. _____</p> <p>Y OCUPACION _____</p> <p>ADSCRITO A LA CLINICA _____ NUMERO</p> <p>CIRCUNSCRIPCION DE _____</p> <p>SE LE EXPIDE ESTA AUTORIZACION PARA RECIBIR SERVICIOS MEDICOS CON VALIDEZ HASTA EL:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">FECHA DE CADUCIDAD</p>	<p style="text-align: center;">SELLO DE LA EMPRESA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL PATRON</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL TRABAJADOR</p> <p style="text-align: center;">SELLO DEL IMSS AFILIACION VIGENCIA DE DERECHOS</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LO EXPIDE</p>
--	--

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
“AUTORIZACION PARA RECIBIR SERVICIOS MEDICOS”**

(SAV 009)

A. Instrucciones Específicas

1. El patrón: Asiente el nombre, denominación o razón social del patrón tal como se tiene manifestado ante el Instituto en el formato AFIL 01 Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su registro.
2. Con número de Registro: Anote el No. del Registro Patronal que tenga asignado el patrón que conste de diez dígitos, ya sea numérico o alfanumérico obtenido del formato AFIL 01 Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro.
3. Inscrito en: Indicar la localidad y Estado en la cual está inscrito el patrón o sujeto obligado.
4. Solicita para su trabajador: Nombre completo del trabajador, como está registrado ante el Instituto.
5. Con No. SS: Indicar el número y dígito verificador del asegurado en once posiciones, proporcionado por el Instituto.
6. C.U.R.P.: Indicar la Clave Unica de Registro de Población del asegurado en sus 18 posiciones.
7. Ocupación: Indicar la actividad del trabajador declarada al Instituto.
8. Adscrito a la clínica: El número de Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción del trabajador (donde recibe atención médica).
9. Circunscripción de: Anotar la Subdelegación y Delegación de control de acuerdo al domicilio del patrón.
10. Fecha de caducidad: Asentar la fecha de término para recibir servicios médicos que autorice el patrón.
11. Sello de la empresa: Poner el sello de la empresa.
12. Firma del Patrón: Firma autógrafa del patrón o de su representante legal.
13. Firma del trabajador: Firma autógrafa del trabajador.
14. Sello del IMSS. Sello del IMSS.
15. Lugar y fecha de expedición: Lugar y fecha de expedición de la solicitud.
16. Nombre y firma de quien lo expide: Nombre y firma del empleado que formuló el formato.

(R.- 214872)

AVISO mediante el cual se dan a conocer los formatos Solicitud de Registro o Aviso de Baja de Beneficiario (SAV 002) y Solicitud de Cambio de Unidad Médica de Adscripción (SAV 005).

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asunto: Publicación de los formatos Solicitud de Registro o Aviso de Baja de Beneficiario (SAV 002) y Solicitud de Cambio de Unidad Médica de Adscripción (SAV 005).

En cumplimiento con el Acuerdo 447/2002 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha 4 de septiembre de 2002, se dan a conocer los formatos denominados Solicitud de Registro o Aviso de Baja de Beneficiario (SAV 002) y Solicitud de Cambio de Unidad Médica de Adscripción (SAV 005), así como sus instructivos de llenado.

Atentamente

México, D.F., a 11 de julio de 2005.- El Director de Incorporación y Recaudación del Seguro Social, **José Antonio Alvarado Ramírez**.- Rúbrica.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIOS DE AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS
SOLICITUD DE REGISTRO O AVISO DE BAJA DE BENEFICIARIOS

S.A.V. 002

CLAVE _____	CLINICA _____	DATOS DEL ASEGURADO	
MODALIDAD _____		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____	
		C.U.R.P. _____	
		NOMBRE _____	
APELIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL BENEFICIARIO		AGREGADO DE IDENTIDAD	MES DE NACIMIENTO
DOCUMENTOS QUE PRESENTA PARA COMPROBAR EL PARENTESCO O BAJA			

FIRMA DEL ASEGURADO

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
“SOLICITUD DE REGISTRO O AVISO DE BAJA DE BENEFICIARIOS”**

(SAV 002)

A. Instrucciones Generales

1. Este formato deberá ser llenado por el personal del Instituto con base en la documentación e información proporcionada por el solicitante.
2. El asegurado o pensionado deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.

B. Instrucciones Específicas

1. Clave: Indicar 01 en caso de alta de beneficiario, o 02 en caso de baja de beneficiario.
2. Modalidad: Clave de la modalidad de aseguramiento, de acuerdo a las prestaciones que tiene derecho el asegurado.
3. Clínica: Clínica de adscripción del asegurado o pensionado.
4. Número de Seguridad Social: El número y dígito verificador del asegurado o pensionado en once posiciones, proporcionado por el Instituto.
5. C.U.R.P.: La Clave Unica de Registro de Población del asegurado o pensionado en sus 18 posiciones
6. Nombre: Nombre completo del asegurado o pensionado como aparece en la Base de Datos del Instituto.
7. Apellidos y Nombre(s) del beneficiario: Apellidos y nombre(s) como aparece en el Acta de nacimiento. Tratándose de recién nacidos registrados con constancia de alumbramiento indicar “RN” en lugar del nombre.
8. Agregado de Identidad: Indicar la clave de identificación del beneficiario.
9. Mes de nacimiento: Indicar el mes de nacimiento del beneficiario con números arábigos en dos posiciones.
10. Documentos comprobatorios: Descripción del documento para probar el parentesco y la referencia del mismo (número de documento, foja, partida y libro en que se asentó el acta y la fecha de registro). Tratándose de recién nacidos anotar la leyenda “Registro provisional de recién nacido, en base a la constancia de alumbramiento del hospital _____ de fecha _____.”
11. Firma del asegurado o pensionado: La firma autógrafa del asegurado o pensionado.
12. Lugar y fecha: Lugar y fecha de elaboración del formato.
13. Nombre y firma del empleado que elabora: Nombre y firma del empleado que formuló el formato



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIOS DE AFILIACION VIGENCIA DE DERECHOS
SOLICITUD DE CAMBIO DE UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION

S.A.V. 005

CLINICA		SUBDELEGACION DE DESTINO	C.U.R.P.	No. DE SEGURIDAD SOCIAL		
ANTERIOR	ACTUAL					
APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE (S)		
DOMICILIO ACTUAL (CALLE, NUMERO, COLONIA Y C.P.)						
TIPO DE CAMBIO:						
		PARCIAL	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO				AGREG. IDENT.	DIG. VER.	MES NAC.
REGISTRO PATRONAL		ULTIMO MOVIMIENTO			FECHA	

FIRMA DEL ASEGURADO

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"SOLICITUD DE CAMBIO DE UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION"**

(SAV 005)

A. Instrucciones Generales

1. Este formato deberá ser llenado por el personal del Instituto con base en la documentación e información proporcionada por el solicitante.
2. El asegurado o pensionado deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.

B. Instrucciones Específicas

1. Clínica: Indicar el número de clínica de adscripción anterior del asegurado y/o beneficiarios, y el número de Clínica de adscripción actual que le(s) corresponde en razón de su nuevo domicilio.
2. Subdelegación de Destino: Anotar únicamente cuando se trate de cambio de Unidad de Medicina Familiar (UMF) parcial (parte del núcleo familiar).
3. C.U.R.P.: La Clave Unica de Registro de Población del asegurado o pensionado en sus 18 posiciones.
4. No. de Seguridad Social: El número y dígito verificador del asegurado o pensionado en 11 posiciones, proporcionado por el Instituto.
5. Apellido Paterno, Materno y Nombre(s): Nombre completo del asegurado o pensionado, como aparece en la Base de Datos del Instituto.
6. Domicilio Actual: Domicilio del asegurado o pensionado y/o de sus beneficiarios en el siguiente orden: calle, número, colonia, código postal y Delegación o Municipio.

-
- | | | |
|-----|-----------------------------|---|
| 7. | Tipo de cambio: | Marcar con una X en el recuadro parcial o total según corresponda, si el cambio afecta a todo el núcleo familiar o a una parte de éste. |
| 8. | Nombre del beneficiario: | Apellido paterno, materno y nombre(s) tal como aparece en la Base de Datos del Instituto. |
| 9. | Agregado de Identidad: | Indicar la clave de identificación del beneficiario. |
| 10. | Dígito Verificador: | Asentar la cifra de control del agregado de identidad. |
| 11. | Mes de nacimiento: | Mes de nacimiento del beneficiario con números arábigos en dos posiciones. |
| 12. | Registro Patronal: | Indicar la clave del registro patronal del patrón o sujeto obligado con el cual trabaja el asegurado. |
| 13. | Ultimo movimiento: | Indicar, en su caso, la clave del último movimiento o cambio realizado en la Base de Datos del Instituto. |
| 14. | Fecha | Fecha en la que se haya registrado el último movimiento o cambio referido. |
| 15. | Firma del asegurado: | Nombre y firma autógrafa del asegurado o pensionado. |
| 16. | Lugar y fecha: | Lugar y fecha de elaboración del formato. |
| 17. | Nombre y firma del empleado | Nombre y firma del empleado del Instituto que formuló el formato. |

(R.- 214868)