

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO mediante el cual se da a conocer el formato Solicitud de Prórroga de Servicios Médicos (SAV 007).

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

Asunto: Publicación del formato Solicitud de Prórroga de Servicios Médicos (SAV 007).

En cumplimiento con el Acuerdo 108/2003 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha 12 de marzo de 2003, se da a conocer el formato denominado Solicitud de Prórroga de Servicios Médicos (SAV 007), 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.

SAV 007



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIOS DE AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS

**AVISO DE PRORROGA DE
SERVICIOS MEDICOS**

No. DE SEGURIDAD SOCIAL

C.U.R.P.

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR				FECHA DE SOLICITUD		
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE(S)				DESTINO DELEG. SUBDELEG.		
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE(S)						
C A L I D A D	ESPOSA (O) 02 AL 05 PADRE 11 ASEGURADA(O) 01	CONCUBINA (O) 06 AL 10 MADRE 12 HIJOS 13 AL 21 Y 24 AL 39	FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO MES AÑO	SEXO 1 2 MASCULINO FEMENINO	U.M.F.	
1	OBSTETRICOS FECHA PROBABLE DE CONCEPCION DIA MES AÑO FECHA PROBABLE DEL PARTO DIA MES AÑO		2	INCAPACIDAD FISICA O PSIQUICA EXISTE SI ☐ NO ☐ FECHA PROBABLE DE TERMINO O REVISION DIA MES AÑO		
3	SE AUTORIZA PRORROGA SI ☐ NO ☐ DEL: DIA MES AÑO AL: DIA MES AÑO CONSTANCIA PRESENTADA:		4	TRATAMIENTO MEDICO EXISTE ENFERMEDAD SI ☐ NO ☐ DIAGNOSTICO: FECHA PROBABLE DE INICIO DIA MES AÑO FECHA PROBABLE TERMINO DIA MES AÑO		
NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE MATRICULA NUMERO OBSERVACIONES:				FIRMA		

LUGAR Y FECHA DE ELABORACION

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA CERTIFICACION

CONSERVE ESTE DOCUMENTO PARA TRAMITES POSTERIORES

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

“AVISO DE PRORROGA DE SERVICIOS MEDICOS”

(SAV 007)

A. Instrucciones Generales

- 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. | Número de Seguridad Social: | Número de Seguridad Social del asegurado, incluyendo el dígito verificador contenido en la credencial de derechohabiente. |
| 2. | C.U.R.P.: | Clave Unica de Registro de Población del Asegurado. |
| 3. | Nombre del trabajador: | Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado. |
| 4. | Fecha de solicitud: | Día, mes y año en que se elabora el Aviso de Prolongación de Servicios Médicos. |
| 5. | Nombre del beneficiario: | Apellido paterno, materno, nombre(s) del derechohabiente para quien se solicita la Prolongación de Servicios Médicos. |
| 6. | Destino: | Claves de Delegación y Subdelegación de destino cuando el beneficiario tenga Autorización Permanente (para ser requisitado en la Subdelegación). |
| 7. | Calidad: | Clave que corresponda a la calidad del beneficiario para el que se elabora el aviso de prolongación.
01 Asegurado.
02 al 05 Esposa (o).
06 al 10 Concubina (rio).
11 Padre.
12 Madre.
13 al 21 y 24 al 39 Hijos. |
| 8. | Fecha de nacimiento: | Mes y año de nacimiento del derechohabiente, con números arábigos. |
| 9. | Sexo. | "X" en el cuadro 1 si el derechohabiente es masculino o en el cuadro 2 si es femenino. |
| 10. | U.M.F.: | Número de la unidad médica a la que estuviera adscrito el beneficiario cuando tenga recibida Autorización Permanente (cuando ésta se conozca, en caso contrario dejar en blanco). |
| 11. | Obstétricos: | Fecha probable de concepción y de parto (día, mes y año con números arábigos). |
| 12. | Incapacidad Física o Psíquica: | "X" según corresponda. En caso afirmativo anotar con números arábigos día, mes y año del término de la incapacidad o de revisión del paciente. Cuando la incapacidad la dictamine el médico de por vida, se anotará "Permanente". |
| 13. | Estudios: | "X" en donde corresponda, según el resultado del análisis de la documentación. En caso afirmativo anotar día, mes y año de inicio y término de la prórroga y los datos de la constancia que sirvió de base para tramitar la prórroga, tales como: Fecha de la constancia, Nombre de la escuela que la expide, Clave de la escuela, Número de incorporación y Grado escolar que cursa el estudiante. Nota: En la Prórroga por Estudios, debe ampararse el ciclo escolar, periodo vacacional del ciclo escolar de que se trate, así como 30 días adicionales para que el interesado presente la documentación probatoria que acredite el derecho a la siguiente Prórroga de Servicios. |
| 14. | Tratamiento médico: | Diagnóstico en caso de hijos mayores de 16 años, asimismo anotar día, mes y año de inicio y término de la enfermedad. |
| 15. | Datos del médico: | Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico que emitió el dictamen, su número de matrícula y la firma (en los casos 1, 2 y 4). |
| 16. | Observaciones: | Las que se consideren necesarias cuando se requiera. |
| 17. | Lugar y fecha de elaboración: | Lugar, día, mes y año de elaboración del formato. |

18. Nombre y firma del responsable: Apellido paterno, materno y nombre (s), así como estampar firma del responsable de la certificación.

(R.- 214871)