[CIUDAD], [ESTADO], A [FECHA]

Dr. [NOMBRE DEL DIRECTOR]  
DIRECTOR DE LA UMF NO. [NÚMERO DE LA UMF]  
PRESENTE.

Asunto: SOLICITUD DE INCAPACIDAD RETROACTIVA

Pongo a su consideración la situación de salud que viví en los pasados días, para que puedan ayudarme para obtener un periodo de incapacidad. Anexo a la presente carta, un documento realizado por mi médico donde específica y justifica mi reposo relativo de [NÚMERO DE DÍAS] días a partir del [FECHA DE INICIO] por intervención quirúrgica urgente de [MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN].

Bajo este antecedente, el día [FECHA DEL ALTA] fui dado de alta por el médico [NOMBRE DEL MÉDICO] a las [HORA]. En cuanto se me dejó en mi hogar para reposar, mis padres acudieron inmediatamente al INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) para solicitar una consulta con mi médico familiar, razón para notificar mi estado de salud.

La consulta nos fue negada por el personal del IMSS encargados de revisar las tarjetas de citas. Su razón: no se tenía cita previa solicitada para asistir a una consulta con el médico familiar. Inmediatamente se requirió una cita con el personal para acudir al día siguiente, pero, durante la revisión en el sistema de citas del IMSS, solo se encontraban disponibles a partir del [FECHA DISPONIBLE], por lo cual no era posible agendar una cita para el [FECHA]. El personal nos expresó que mis padres asistieran el siguiente día a partir de [HORA] para revisar la posibilidad de tener un espacio de consulta con el médico familiar.

El [FECHA], mis padres acudieron a las [HORA] al IMSS, comentando lo sucedido al personal de citas del IMSS. Este nos fue denegado nuevamente por la misma razón de no tener cita previa y los espacios adicionales de citas ya se encontraban ocupados. En este caso, el personal de citas nos explica de cuatro espacios disponibles para consulta sin cita previa, pero se tenía que acudir en horas tempranas para registrar en alguno de los espacios mencionados.

El [FECHA], mis padres acuden de nuevo al IMSS a las [HORA] para registrar cita, siendo registrados en el segundo espacio disponible para el turno vespertino. Al presentar mi situación de salud con el médico familiar, nos es expedido una carta de incapacidad de catorce días hábiles a partir del día presente.

Concretamente y en consideración a los antecedentes descritos, solicito de ustedes, de la manera más atenta y con base en los comprobantes anexos, se sirvan autorizarme como periodo de incapacidad los días [FECHA] y [FECHA], a fin de comprobar la ausencia por la intervención quirúrgica.

Gracias por su apoyo.

[NOMBRE DEL REMITENTE]  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: [NSS]  
DIRECCIÓN: [DIRECCIÓN COMPLETA]  
EDAD: [EDAD]  
TELÉFONO CELULAR: [TELÉFONO]  
E-MAIL: [CORREO ELECTRÓNICO]