



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y  
CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE  
DE TRABAJO ST-7

FOLIO: 33142024 - 1239

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

## DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA <b>DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV</b>		
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO <b>CARRETERA FEDERAL LIBRE 180</b>		
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>MERIDA-CANCUN 13 #16415, COLONIA TEYA,</b>		
3) CÓDIGO POSTAL <b>CP 97374</b>	4) TELÉFONO FIJO <b>2221596205</b>	
5) REGISTRO PATRONAL <b>G571327810</b>		
		D.V. <b>0</b>

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>8408880992</b>		D.V. <b>0</b>	7) APELLIDO PATERNO, <b>MALDONADO ZUBIRIA JORGE EDUARDO</b>		
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) <b>I.N.E. 0217076440251</b>			9) CURP <b>MAZJ880505HYNLBR05</b>		
11) SEXO <b>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></b>	12) ESTADO CIVIL <b>CASADO</b>	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO <b>698-B POR 56-A Y 56-B, 633</b>		10) EDAD (AÑOS) <b>35</b>	
ALCALDÍA O MUNICIPIO <b>KANASIN</b>		CIUDAD Y ESTADO <b>MERIDA, YUC.</b>	CÓDIGO POSTAL <b>97370</b>	14) TELÉFONO FIJO <b>9993806067</b>	
17) OOD (IMSS)	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>DOMINGO</b>	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE <b>07:00 A 18:00</b>	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO <b>DIA 02 MES 05 AÑO 2024 HORA 11:00 HRS</b>	21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO <b>DIA 02 MES 05 AÑO 2024 HORA 16:50</b>	
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE  INCIA PADECIMIENTO ACTUAL EL DIA DE HOY MIENTRAS SE ENCONTRABA EN SU TRABAJO COMO REPARTIDOR EN UNA CAMIONETA, REFIERE QUE NO LOGRA VER EL DISCO DE ALTO YA QUE LO OCULTABA UN ÁRBOL Y OTRO AUTOMÓVIL ESTACIONADO, POR LO QUE SE PASA EL ALTO Y SE IMPACTO OTRO AUTOMÓVIL CAMIONETA POR LADO DERECHO, OCASIONANDO DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO, CUELLO Y TÓRAX IZQUIERDO, REFIERE PACIENTE AVISAR A SU JEFE DE MANERA INMEDIATA. REFIERE HABER ACUDIDO A STAR MEDICA DONDE LE PRESCRIBE DICLOFENACO ORAL CON PARCIAL MEJORÍA, PERSISITIENDO SINTOMATOLOGÍA					
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE  CONSCIENTE, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS, BUENA COLORACIÓN DE TEGUMENTOS, NORMOCÉFALO, CUELLO CILÍNDRICO CON DOLOR A LA ROTACIÓN MUCOSA ORAL BIEN HIDRATADA, TÓRAX SIN PRESENCIA DE DEFORMIDADES, SIN PRESENCIA DE DATOS DE FRACURAS, CON DOLOR A LA PALACION EN PARRILLA COSTAL IZQUIERDA CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN PRESENCIA DE ESTERTORES, ABDOMEN SIN DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL PERISTALISIS PRESENTE AUMENTADO CON TIMPANISMO EN MARCO COLONICO CON DOLOR EN MESOGASTRIO Y COLON DESCENDENTE A LA PALPACIÓN PROFUNDA, EXTREMIDADES INTEGRAS DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO A LA PALPACION CON LIMITACIÓN LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD.					
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE  Contractura muscular CONTRACTURA DE CUELLO Y BRAZO					
25) TRATAMIENTO(S)  METAMIZOL 1G MG DOSIS ÚNICA , NAPROXENO 250 MG DOS TABLETAS CADA 12 HORAS, PARACETAMOL 500 MG UNA CADA 8 HORAS,					
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)  INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> INTOXICACIÓN POR ENERVANTES    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
27) ¿HUBO RIÑA?  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: STAR MEDICA					
29) INCAPACIDAD INICIAL  SI	AMERITA INCAPACIDAD  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO  DÍA 02 MES 05 AÑO 2024	NÚMERO DE FOLIO  PQ807607	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS  TRES	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:  SALUD EN EL TRABAJO
31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE  DR. EDGAR FRANCISCO LEON ASCENCIO			32) MATRÍCULA  98338690		33) UNIDAD MÉDICA Y OOD  UMF# 14 KANASIN

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

*Jorge Eduardo Maldonado Zubiria*  
ASEGURADO  
(NOMBRE Y FIRMA)

BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL  
ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)

TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO  
O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

NOTA: EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUJIRIFRA



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO ST-7

FOLIO: 33142024 - 1239

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

## DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	4) TELÉFONO FIJO 2221596205
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO CARRETERA FEDERAL LIBRE 120	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO MERIDA-CANCUN 13 #16415, COLONIA TEYA,	
3) CÓDIGO POSTAL CP 97374	5) REGISTRO PATRONAL G571327810
	D.V. 0

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 8408880992	D.V. 0	7) APELLIDO PATERNO, MALDONADO ZUBIRIA JORGE EDUARDO			
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) I.N.E. 0217076440251		9) CURP MAZJ880505HYNLBR05	10) EDAD (AÑOS) 35		
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL CASADO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO 698-B POR 56-A Y 56-B, 633	14) TELÉFONO FIJO 9993806067	15) CORREO ELECTRÓNICO	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN 14
17) OOD (IMSS)	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 07:00 A 18:00	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 02 MES 05 AÑO 2024 HORA 11:00 HRS	21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA 02 MES 05 AÑO 2024 HORA 16:50	
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE  INCIA PADECIMIENTO ACTUAL EL DIA DE HOY MIENTRAS SE ENCONTRABA EN SU TRABAJO COMO REPARTIDOR EN UNA CAMIONETA, REFIERE QUE NO LOGRA VER EL DISCO DE ALTO YA QUE LO OCULTABA UN ÁRBOL Y OTRO AUTOMÓVIL ESTACIONADO, POR LO QUE SE PASA EL ALTO Y SE IMPACTO OTRO AUTOMÓVIL CAMIONETA POR LADO DERECHO, OCASIONANDO DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO, CUELLO Y TÓRAX IZQUIERDO, REFIERE PACIENTE AVISAR A SU JEFE DE MANERA INMEDIATA. REFIERE HABER ACUDIDO A STAR MEDICA DONDE LE PRESCRIBE DICLOFENACO ORAL CON PARCIAL MEJORÍA, PERSISTIENDO SINTOMATOLOGÍA					

## 23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

CONSCIENTE, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS, BUENA COLORACIÓN DE TEGUMENTOS, NORMOCÉFALO, CUELLO CILÍNDRICO CON DOLOR A LA ROTACIÓN MUCOSA ORAL BIEN HIDRATADA, TÓRAX SIN PRESENCIA DE DEFORMIDADES, SIN PRESENCIA DE DATOS DE FRACURAS, CON DOLOR A LA PALACION EN PARRILLA COSTAL IZQUIERDA CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN PRESENCIA DE ESTERTORES, ABDOMEN SIN DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL PERISTALISIS PRESENTE AUMENTADO CON TIMPANISMO EN MARCO COLONICO CON DOLOR EN MESOGASTRIO Y COLON DESCENDENTE A LA PALPACIÓN PROFUNDA, EXTREMIDADES INTEGRAS DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO A LA PALPACION CON LIMITACIÓN LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD.

## 24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

Contractura muscular

CONTRACTURA DE CUELLO Y BRAZO

## 25) TRATAMIENTO(S)

METAMIZOL 1G MG DOSIS ÚNICA , NAPROXENO 250 MG DOS TABLETAS CADA 12 HORAS, PARACETAMOL 500 MG UNA CADA 8 HORAS,

## 26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA  SÍ  NOINTOXICACIÓN POR ENERVANTES  SÍ  NO

## 27) ¿HUBO RIÑA?

 SÍ  NO

## 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: STAR MEDICA

## 29) INCAPACIDAD INICIAL

SI

 AMERITA INCAPACIDAD  
 SÍ  NO

## FECHA DE INICIO

## NÚMERO DE FOLIO

## NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

## 30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:

DÍA 02 MES 05 AÑO 2024

PQ807607

TRES

SALUD EN EL TRABAJO

## 31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

DR. EDGAR FRANCISCO LEON ASCENCIO

## 32) MATRÍCULA

98338690

## 33) UNIDAD MÉDICA Y OOD

UMF# 14 KANASIN

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

ASEGURADO  
(NOMBRE Y FIRMA)BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL  
ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO  
O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

NOTA: EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HIERA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO**

## DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO

ST-2

## DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE <b>JORGE EDUARDO MALDONADO ZUBIRIA</b>	2) NUMERO DE AFILIACION   8   4   0   8   8   8   0   9   9   2   0
3) CURP _____	

4) MATRICULA	5)CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION											
	3	3	3	1	0	1	2	5	2	1	1	0

## DATOS DE LA EMPRESA

DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	7) REGISTRO PATRONAL
	G   5   7   1   3   2   7   8   1   0   0

## DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

8) TIPO DE RIESGO			<input checked="" type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TRABAJO	9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO			DIA	MES	AÑO			
0	2	0				5	2	0	2	4				
INCAPACIDAD PERMANENTE			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO			10) INICIO DE LABORES				
							0	8	0	5	2	0	2	4

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS, EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES, PREVIA VALORACION CORRESPONDIENTE.

11) LUGAR KANASIN	DELEGACION 3   3	UNIDAD MEDICA 0   1   4	DIA 0   7	MES 0   5	AÑO 2   0   2   4	FIRMA DEL MEDICO
12) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN DR SAUL OROZCO PERETE		MATRICULA		1   1   1   3   9   3   8   2		
SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO						

ST-2/97



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 8408-88-0992 AGREGADO MÉDICO: 1M19880R  
**NOMBRE DEL ASEGURADO:**  
**JORGE EDUARDO MALDONADO ZUBIRIA**  
**CURP:** MAZJ880505HYNLBR05  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 05/05/1988  
**SEXO:** MASCULINO  
**DELEGACIÓN:** YUCATÁN  
**UNIDAD:UMF 14** **KANASIN** **CVE PTAL.** 333101252110  
**CONSULTORIO:** 1 **TURNO:** VESPERTINO  
**DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**  
**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** 8408880992

Serie y Folio PQ807607

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF 14 Kanasin	<b>Nivel Atención</b> 1	<b>Delegación Expedidora</b> Yucatán	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> PQ807607
<b>UMF Adscripción</b> UMF 14 Kanasin	<b>Delegación Adscripción</b> Yucatán	<b>Patrón(es)</b> DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	<b>Puesto de trabajo</b> Choferes vendedores
<b>Tipo Incapacidad INICIAL</b> Enfermedad general	<b>Días Autorizados(Letra)</b> tres	<b>Número</b> 3	<b>A partir del</b> 02/05/2024
<b>Ramo de Seguro</b> Probable Riesgo Trabajo		<b>Control Maternidad</b> NO	<b>Expedido el</b> 02/05/2024
NO		<b>Días Acumulados</b> 0	
<p>El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indica en este duplicado.</p> <p>Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.</p> <p>Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedaran a cargo del patrón</p> <p>En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas</p>			

Nombre y Firma del médico  
EDGAR FRANCISCO LEÓN ASCENCIO

Matrícula  
98338690

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matrícula  
NO APLICA

### COPIA PATRÓN

+CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresá al escritorio virtual y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.