



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	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO CARRETERA FEDERAL LIBRE 180	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO MERIDA-CANCUN 13 #16415, COLONIA TEYA,	
3) CÓDIGO POSTAL CP 97374	4) TELÉFONO FIJO 2221596205
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		COLONIA O FRACCIONAMIENTO SANTA ISABEL	
ALCALDÍA O MUNICIPIO KANASIN		CIUDAD Y ESTADO MERIDA, YUC.	CÓDIGO POSTAL 97370	14) TELÉFONO FIJO 9993806067	15) CORREO ELECTRÓNICO
16) UMF DE ADSCRIPCIÓN 14		17) OOAD (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	
21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO		22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE			

INCIIA 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 NEUROLÓGICAS, BUENA COLORACIÓN DE TEGUMENTOS, NORMOCEFALO, 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 PERISTALSIS 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 ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA? SÍ ☐ NO ☒ 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: STAR MEDICA

29) INCAPACIDAD INICIAL SI	AMERITA INCAPACIDAD SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO			NÚMERO DE FOLIO PQ807607	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS TRES	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: SALUD EN EL TRABAJO
		DÍA 02	MES 05	AÑO 2024			

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE DR. EDGAR FRANCISCO LEON ASCENCIO	32) MATRÍCULA 98338690	33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD 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 HUIFRA



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	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO CARRETERA FEDERAL LIBRE 180	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO MERIDA-CANCUN 13 #16415, COLONIA TEYA,	
3) CÓDIGO POSTAL CP 97374	4) TELÉFONO FIJO 2221596205
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		COLONIA O FRACCIONAMIENTO SANTA ISABEL					
ALCALDÍA O MUNICIPIO KANASIN		CIUDAD Y ESTADO MERIDA, YUC.	CÓDIGO POSTAL 97370	14) TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR 9993806067	15) CORREO ELECTRÓNICO	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN 14		
17) OOAD (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		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO			
		DÍA 02	MES 05	AÑO 2024	HORA 11:00 HRS	DÍA 02	MES 05	AÑO 2024	HORA 16:50

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

INICIA 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, NORMOCEFALO, 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 PERISTALSIS 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 ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA?

SÍ ☐ NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: STAR MEDICA

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

FECHA DE INICIO

NÚMERO DE FOLIO

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:

SI

SÍ ☒ NO ☐

DÍA MES AÑO

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 OOAD

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 LE HUBIERA



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 JORGE EDUARDO MALDONADO ZUBIRIA	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 INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO	9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO DIA 0 2 MES 0 5 AÑO 2 0 2 4 10) INICIO DE LABORES DIA 0 8 MES 0 5 AÑO 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: MAZ1880505HYNLBR05

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

Unidad Médica Expedidora UMF 14 Kanasin	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Yucatán	Certificado de Incapacidad Serie PQ807607
UMF Adscripción UMF 14 Kanasin	Delegación Adscripción Yucatán	Patrón(es) DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Puesto de trabajo Choferes vendedores
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados(Letra) tres	Número 3	A partir del 02/05/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 02/05/2024
Probable Riesgo Trabajo NO		Días Acumulados 0	

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.

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.

Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedaran a cargo del patrón

En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo debera enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

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?

Ingresa 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.