

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA			NIVEL ATENCIÓN	COAD/UMAE	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE																							
L162 N1			1 2 3	30TLAX	HQ 358006																							
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		COAD DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO																							
009		X	J. J. B. 02 toro S A 30 CV		Vendedor																							
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO	A PARTIR DEL	DÍA	MES	ANO																			
X			Tres		03		06	01	2024																			
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL	DÍA	MES	ANO																			
	X		PRE/POST	ENLACE	IMSS OTRO		05	01	2024																			
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO																												
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS																												
<ul style="list-style-type: none"> 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 indican en este duplicado. Si el asegurado regresara 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 este efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio. Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de trabajo. En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado. 																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD</td> <td rowspan="2">TRANSFERENCIA DE SEMANAS</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">SI</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">NÚMERO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		TRANSFERENCIA DE SEMANAS	SI		NO		NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO									
DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		TRANSFERENCIA DE SEMANAS	SI		NO																							
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)			NÚMERO																									
CURP																												
6139601415																												
FVM19608124TLR207																												
Javierecta Martínez Yacuaria																												
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO																												
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M-2																												
IE 0124098693686																												
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO																												
MÉDICO TRATANTE																												
Víctor Ramón Gómez Bolaño																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">NOMBRE</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">10729255</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">MATRÍCULA</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										NOMBRE		FIRMA		10729255		J		MATRÍCULA										
NOMBRE		FIRMA																										
10729255		J																										
MATRÍCULA																												
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA																												
Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual																												
http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones																												
COPIA PATRÓN																												



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: _____

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) DÓMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO JUAN CUAMATZI #120	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDIA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO COLONIA SAN BERNARDINO CONTLA CENTRO TLAXCALA TLAX	
3) CÓDIGO POSTAL CP 90670	4) TELÉFONO FIJO 2464611064
5) REGISTRO PATRONAL H741091210-5	
D.V.	

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 6113960141 1M1996OR	D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) CUECUECHA MARTINEZ MARCO ANTONIO					
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) INE		9) CURP CUMM960812HTLCRR07	10) EDAD (AÑOS) 27				
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL SOLTERO	13) DÓMICILIO: CALLE Y NÚMERO LIBERTAD 17 A	COLONIA O FRACCIONAMIENTO GUADALUPE IXCOTLA				
ALCALDIA O MUNICIPIO CHIAUTEMPAN	CIUDAD Y ESTADO TLAXCALA TLAX	CÓDIGO POSTAL 90810	14) TELÉFONO FIJO 2461971767	TELÉFONO CELULAR	15) CORREO ELECTRÓNICO	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF 9	
17) OOAD (IMSS) HGZ 01	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 09:00-16:00	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 05 MES 01 AÑO 2024 HORA 15:45	21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA 05 MES 01 AÑO 2024 HORA 19:09			
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE REFIRIENDO QUE SUFRE CAIDA DE MOTOCICLETA EN TRAYECTO DE SALIDA DE SU TRABAJO APP: CRONICODEGENERATIVOS NEGADOS, ALERGIAS NEGADOS, QX NEGADOS TRANF NEG. TOXICOMANIAS POSITIVO //TABAQUISMO (+) PA: INICIA PADECIMIENTO ACTUAL EL DIA DE HOY AL SALIR DE SU TRABAJO APROX 3: 45 PM DE EMPRESA DISTRIBUIDORA EL TORO, PUESTO DE TRABAJO PREVENTISTA, HORARIO LABORAL 9 AM A 4 PM, REFIERE QUE AUTOMOVIL GOLPEA POR ALCANCE SIN IDENTIFICAR TIPO DE VEHICULO, LO QUE OCASIONE QUE INVADA CARRIL EN SENTIDO CONTRARIO, Y CHOQUE CONTRA OTRA MOTOCICLETA POR LOQ UE SUFRE CAIDA SOBRE COSTADO IZQUIERDO, CON DOLOR EN PIERNA Y BRAZO DE ESTE LADO, ACUDE DIRECATMENTE A ESTA UNIDAD PARA VALORACION.							
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE CONSENTE, ORIENTADO, ADECUADA COLORACION DE TEGUMENTOS, CUELLO SIN ADENOMEGLIAS PALPABLES, TORAX CARDIORRESPIRATORIO SIN COMPRMISO APARENTE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA APALPCION, EXTREMIDADES, DOLO Y LIMITACION FUNCIONAL EN BRAZO IZQUIERDO, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN PIRNA IZQUIERDA. LLENADO CAP 1 SEG							
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE CONTUSIÓN, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA							
25) TRATAMIENTO(S) PARACETAMOL TAB 500 MG 1 CADA 8 HRS POR 7 DIAS NAPROXENO TAB 250 MG 1 CADA 8 HRS POR 5 DIAS							
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACIÓN ALCOHOLICA <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN POR ENERVANTES <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
27) ¿HUBO RIÑA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:							
29) INCAPACIDAD INICIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO	NUMERO DE FOLIO 31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE DRA KARLA ANGELICA AYLLON RUBIN	NUMERO DE DIAS AUTORIZADOS 32) MATRÍCULA 99304996	30) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE: 33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD		
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. CUECUECHA MARTINEZ MARCO ANTONIO							
ASEGUROADO (NOMBRE Y FIRMA)		BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGUROADO (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 HUBIERA LLENADO.

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			2) ACTIVIDAD O GIRO			3) REGISTRO PATRONAL		D.V.			
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPENA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO			COLONIA O FRACCIONAMIENTO			ALCALDÍA O MUNICIPIO					
CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL	5) TELÉFONO FIJO		6) CORREO ELECTRÓNICO						
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR			8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL			D.V.	9) OCUPACIÓN				
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO		ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL			
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS 14) MATRÍCULA		15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL			
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		DÍA	MES	AÑO	HORA	17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE		DÍA	MES	AÑO	HORA
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> EN UNA COMISIÓN <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/>											
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES)											
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE						21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DÍA MES AÑO HORA					
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIÓ O PRESENCIARON EL ACCIDENTE											
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA				24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA							
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL				26) LUGAR Y FECHA				27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)			

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLOGICO(S)											
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TECNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN											
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.											
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/>				SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN				33) MATRÍCULA		34) FECHA DE CALIFICACIÓN DÍA MES AÑO			35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD		

NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HABILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.											
36) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN											
FECHA: _____											
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO											
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.											
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.				39) MATRÍCULA			40) FECHA DÍA MES AÑO		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD		