

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA 462 NI		NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		COAD/UMAE 30TLAX		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MQ 358006		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 61139601415			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 009		COAD DE ADSCRIPCIÓN XAA		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) toro S A SC CV		PUESTO DE TRABAJO Vendedor		CURP CVH4960B12HFKLR207			
INICIAL X		SUBS. 3		RECAÍDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) tres		NÚMERO 03		A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 06 01 2024	
RAMO DE SEGURO X		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO 05 01 2024	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO X		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		TRANSFERENCIA DE SEMANAS SI NO		NOMBRE 1107121512151111			
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.		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Victor Manuel Gomez Blandino			
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO		CONSULTA EL ESTATUS E HISTÓRICO DE LAS INCAPACIDADES DE TUS TRABAJADORES DESDE EL ESCRITORIO VIRTUAL <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones</a>		COPIA PATRÓN					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

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>JUAN CUAMATZI #120</b>	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>COLONIA SAN BERNARDINO CONTLA CENTRO TLAXCALA TLAX</b>	
3) CÓDIGO POSTAL <b>CP 90670</b>	4) TELÉFONO FIJO <b>2464611064</b>
5) REGISTRO PATRONAL <b>H741091210-5</b>	
D.V.	

FOLIO: \_\_\_\_\_

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>6113960141 1M1996OR</b>		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) <b>CUECUECHA MARTINEZ MARCO ANTONIO</b>		
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) <b>INE</b>			9) CURP <b>CUMM960812HTLCRR07</b>		10) EDAD (AÑOS) <b>27</b>
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL <b>SOLTERO</b>	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO <b>LIBERTAD 17 A</b>			COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>GUADALUPE IXCOTLA</b>
ALCALDÍA O MUNICIPIO <b>CHIAUTEMPAN</b>		CIUDAD Y ESTADO <b>TLAXCALA TLAX</b>	CÓDIGO POSTAL <b>90810</b>	14) TELÉFONO FIJO <b>2461971767</b>	TELÉFONO CELULAR <b>2461971767</b>
15) CORREO ELECTRÓNICO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF 9		+	
17) OOAD (IMSS) <b>HGZ 01</b>	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>DOMINGO</b>	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE <b>09:00-16:00</b>	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA MES AÑO HORA <b>05 01 2024 15:45</b>		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA MES AÑO HORA <b>05 01 2024 19:09</b>

22) SEÑALAR CLARAMENTE DONDE Y COMO 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 LO QUE SUFRE CAIDA SOBRE COSTADO IZQUIERDO, CON DOLOR EN PIERNA Y BRAZO DE ESTE LADO, ACUDE DIRECTAMENTE A ESTA UNIDAD PARA VALORACION.

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE  
CONSIENTE, ORIENTADO, ADECUADA COLORACION DE TEGUMENTOS, CUELLO SIN ADENOMEGALIAS 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) DIAGNOSTICO(S) CIE  
**CONTUSION, 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 ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☐ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☐

27) ¿HUBO RIÑA? SÍ ☐ NO ☐ 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, 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			NÚMERO DE FOLIO	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:
		DÍA	MES	AÑO			

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE <b>DRA KARLA ANGELICA AYLLON RUBIN</b>	32) MATRÍCULA <b>99304996</b>	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.

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 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 DESEMPEÑA 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		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) NOSOLÓGICO(S)															
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-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 HÁBILES 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															
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO															
FECHA:															
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															