



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 8496-79-0217 AGREGADO MÉDICO: 1M1979OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:
GONZALO GONZALEZ VILLAMIL

CURP: GOVG791209HYNNLN08

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: YUCATÁN

UNIDAD:UMF NO. 59 CVE PTAL. 330103252110

CONSULTORIO: 15 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8496-79-0217

Serie y Folio QT032159

**Unidad Médica
Expedidora**

UMF No. 59

UMF Adscripción

UMF No. 59

Tipo Incapacidad

INICIAL

Ramo de Seguro

Enfermedad general

Probable Riesgo

Trabajo

SI

Nivel Atención

1

Delegación Adscripción

Yucatán

Días Autorizados(Letra)

uno

Delegación Expedidora

Yucatán

Patrón(es)

DISTRIBUIDORA EL TORO
SA DE CV

Número

1

Control Maternidad

NO

Días Acumulados

0

Certificado de Incapacidad Serie

QT032159

Puesto de trabajo

Empleados de ventas, despachadores y
dependientes en comercios

A partir del

13/01/2024

Expedido el

13/01/2024

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 quedarán a cargo del patrón

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

Nombre y firma del médico
HECTOR ELADIO CRUZ URREA

Matrícula
99336956

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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: 0073

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 MERIDA-CANCUN 13 #15415	
3) CÓDIGO POSTAL 97374	
4) TELÉFONO FIJO ---	
5) REGISTRO PATRONAL G571327810	
6) V. O. V. 0	

8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 8496790217		9) D. V. 6		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOVIA(LS) GONZALEZ VILLAMIL GONZALO	
10) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) INE 0319011503111				11) CURP GOVG791209HYNLN08	
12) EDAD (AÑOS) 44					
13) SEXO M ☒ F ☐		14) ESTADO CIVIL SOLTERO		15) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO C 67E 198 DPTO 16	
16) COLONIA O FRACCIONAMIENTO VILLAS DE OTE IV					
17) ALCALDÍA O MUNICIPIO MERIDA		18) CIUDAD Y ESTADO YUCATAN		19) CÓDIGO POSTAL ---	
20) TELÉFONO FIJO 9993049034		21) TELÉFONO CELULAR 9991583151		22) CORREO ELECTRÓNICO gonzalez.villamil@gmail.com	
23) CORREO ELECTRÓNICO gonzalez.villamil@gmail.com		24) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF 59/33			
25) DÍA DE OCURRER YUCATAN		26) DÍA DE OCURRER DOMINGO		27) HORA DE OCURRER 08:00-16:00	
28) DÍA DE OCURRER 13		29) MES DE OCURRER 01		30) AÑO DE OCURRER 2024	
31) HORA DE OCURRER 08:00		32) DÍA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO 13		33) MES DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO 01	
34) AÑO DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO 2024		35) HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO 17:00			

32) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE
Masculino de 44 años de edad, empleado de empresa distribuidora de abarrotes, puesto ventas, refiere que el día 13-01-2024 a las 08:00hrs cuando se encontraba manejando motocicleta con casco de seguridad a una velocidad de 10km/hrs al llegar a una intersección de calles un tercer vehículo de motor colisiona parte lateral derecha de motocicleta, condiciona caída sin salir proyectado, posterior a caída siente dolor y limitación a los arcos de movimiento de pierna de lado derecho, avisa a jefe inmediato y fue trasladado a atención médica.

33) EXPLORACIÓN FÍSICA, RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE
Pierna de lado derecho se observa presencia de aprato ortopedico de yeso

34) DIAGNÓSTICO(S) DE
Fractura de tibia y perone derecha

35) TRATAMIENTO(S)
se envia a segundo nivel para valoracion por traumatologia y ortopedia

36) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SI ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SI ☐ NO ☒	
37) ¿HUBO RINIA? SI ☐ NO ☒	
38) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: SÍ: (MARQUE CON UNA X) SI NO: (MARQUE CON UNA X) SI NO: (MARQUE CON UNA X)	
39) INCAPACIDAD INICIAL SI ☒ NO ☐	
40) AMERITA INCAPACIDAD SI ☒ NO ☐	
41) FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO 13 01 2024	
42) NÚMERO DE FOLIO QT032159	
43) NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS 1	
44) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: MED. TRABAJO TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	
45) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE DR CRUZ URREA HECTOR ELADIO	
46) MATRÍCULA 99336956	
47) UNIDAD MÉDICA Y CÓDIGO UMF 59/33	

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS EJEMPLARES DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUEDIERA 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 EJEMPLAR 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		5) TELEFONO FIJO			
6) CORREO ELECTRÓNICO		7) NOMBRE DEL TRABAJADOR		8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		9) OCUPACIÓN	
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO		ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO	
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		14) MATRÍCULA	
15) CENTRO DE ASOCIACIÓN LABORAL		16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE		18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
19) DESCRIPCIÓN BREVE 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			
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) 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)

26) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)	
27) 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 ☐ TRAYECTO ☐ SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ ☐ NO ☐	
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN	33) MATRÍCULA
34) FECHA DE CALIFICACIÓN	35) UNIDAD MÉDICA Y COAD
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) RECIBI 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	41) UNIDAD MÉDICA Y COAD