



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

0702501422024-

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) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO

CALZADA FUERZA AEREA MEXICANA

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO

COLONIA TERAN TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS

3) CÓDIGO POSTAL

29019

4) TELÉFONO FIJO

9616150464

5) REGISTRO PATRONAL

A685477910

D.V.

0

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 0522021772		D.V. 2	7) APELLIDO PATERNO, MATERO Y NOMBRE(S) HERNANDEZ RAMIREZ JORGE IVAN										
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) INE 1603126530991				9) CURP HERJ020428HCSRMRMRA5		10) EDAD (AÑOS) 21							
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL SOLTERO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO COLONIA LAS GRANJAS AV BAJA CALIFORNIA NUMERO 201 ESQUINA MICHOACAN		14) TELÉFONO FIJO 2371193363 15) TELÉFONO CELULAR 9612834689 16) CORREO ELECTRÓNICO zamo.2pr087@gmail.com						17) COLONIA O FRACCIONAMIENTO COLONIA LAS GRANJAS			
ALCALDÍA O MUNICIPIO TUXTLA GUTIERREZ		CIUDAD Y ESTADO CHIAPAS	CÓDIGO POSTAL 29019	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE 07 DOMINGO			19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 07:00-16:00	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA MES AÑO HORA 04 03 2024 11:40			21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA MES AÑO HORA 04 03 2024 15:30		
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE REFIERE INICIAR EL DIA HOY 4.3.2024 EN SU HORARIO LABORAL APROXIMADAMENTE 11:55 AM EN LOCALIDAD DE BERRIOZABL SEPTIMA SUR ESQUINA TERCEA PONIENTE REFIERE VENIA DE VISITAR UN CLIENTE Y SE DIRIJIA A DOMICILIO DE OTRO CLIENTE Y DURANTE EL TRAYECTO REFIER CONDUCIR EN SU CARRIL A BAJA VELOCIDAD Y REFIERE MECANISMO DE COLICIÓN CON VEHICULO DE MOTOR EN MOVIMIENTO EN LADO IZQUIERDO REFIERE APoyo DE EXTRERMIDAD DERECHA EN EL IMPACTO. REFIERE DOLOR EN EXTRERMIDAD INFERIOR DERECHA Y PARRILLA COSTALIPSILATERAL ASU LLEGA CON DOLOR EVA 8/10 AL APOYAR EL PIE PIE DERECHO AUMENTO DE VOLUMEN SIN LIGERO EQUIMOSIS NO DATO DE REPITACION ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR ES POYADO POR SERVICIO DE PROTECCION CIVIL QUE TRASLADA A ESTA UNIDAD													
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE SAT 98% AL IARE AMBIENTAL EN CAMILA CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15 , ADECUADA COLORACION DE TEGUMENTOS, HIDRATADO, NORMOCCEFALO. NO ENDOSTOSIS NI EXOSTOSIS, BUENA IMPLANTACION DE CABELLO, OREJAS BIEN IMPLANTADAS, NARINAS PERMEABLES, OROFARINGE NORMAL, SIN HIPERTROFIA AMIGDALINA; CUELLO SIN ADENOMEGLIAS NI TUMORACIONES; CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICAL, RUIDOS CARDIACOS CON BUENA INTENSIDAD Y RITMO, SIN FENOMENOS AGREGADOS; ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, GLOBOZO A EX PENSA DE PANICULO ADIPOSO, NO DOLOROA A PLACION MEDIA Y PROFUNDA PERISTALISIS, TIMPANISMO, NO VISCEROMEGLIAS APARENTES, NO DATOS DE IRITACION PERITONEAL, DIURNADO NEGATIVO, EXTREMIDADES INTEGRAS Y FUNCIONALES. DOLOR MODERADO EN REGION DE PIE DERECHO EDEMA + SIN DATOS DE REOPITACION O DEFORMIDAD EQUIMOSIS LEVE DANIELS 5/5, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, RXIMSS 4.3.2024 DE PA TORAX Y EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA AP LATERAL SIN PERDIDA DE CONTINUIDAD OSEA													
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE S903 - CONTUSIÓN DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE CONTUSIÓN PIE DERECHO													
25) TRATAMIENTO(S) DIETA NRMAL CGE/ SVT SOLUCION FISIOLOGICA AL 0.9% 500 CC PARA 3 HORAS OMEPRAZOL 40MG IV CADA 24HRS TRAMADOL 50MG EN 100CC DE SOLUCION SALINA AL 0.9% PASAR 1 HORA DICLOFENACO 75MG EN 100CC DE SOL SALINALA 0.9% PASAR 1 HORA													
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:													
29) INCAPACIDAD INICIAL Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMERITA INCAPACIDAD Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO			NÚMERO DE FOLIO M0183030	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS 1	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: TRAUMATOLOGIA SALUD EN EL TRABAJO MEDICINA F						
		DÍA 4	MES 03	AÑO 2024									
31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE LAUROMENDOZA LOPEZ				32) MATRÍCULA 98336971			33) UNIDAD MÉDICA Y OOD HGZ 02 07						

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.

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA H622			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3	OOD/JUMAE 07CHIS	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE HO 183030			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 0571017711		
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		OOD DE ADSCRIPCIÓN 01	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Hernández Juárez			PUESTO DE TRABAJO Dra. en tu		CURP		
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) UNO.		NÚMERO 1	A PARTIR DEL	DÍA 4	MES 03	AÑO 2024	
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL	DÍA 01	MES 05	AÑO 2024	
			PRE/POST	ENLACE	IMSS / OTRO					
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO / <input checked="" type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS						DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 0		
<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. 							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> NO			
							NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)			
							NÚMERO			

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO
NOS-0522017721-9200108
SEXO M-2

MÉDICO TRATANTE
Luis Madrid López Juárez
NOMBRE
FIRMA

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
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 0522-02-1772 AGREGADO MÉDICO: 1M2002OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JORGE IVAN HERNANDEZ RAMIREZ

CURP: HERJ020428HCSRMRAS

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD:UMF NO. 13 CVE PTAL. 070104252110

CONSULTORIO: 5 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 0522021772



Serie y Folio UL351832

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF No. 13	1	Chiapas	UL351832
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF No. 13	Chiapas	DISTRIBUIDORA DEL TORO S. A. DE C.V.	Agentes y representantes de ventas y consignatarios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	siete	7	05/03/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	05/03/2024
Probable Riesgo		Días Acumulados	
Trabajo		0	
NO			

El incapacitado tiene derecho a subsidio

- a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.
- b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.
- c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.
- d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico
JAQUELINE DEL CARMEN ZÚÑIGA FLORES

Matrícula
99282428

Nombre y firma del médico que autoriza
NO APLICA

Matrícula
NO APLICA

COPIA ASEGURADO

AHORA ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:
Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:

1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.
2. Identificación oficial vigente.
3. Documento con NSS.

Si cuentas con Firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.



Fecha de Impresión: 05/03/2024 09:00:00