



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, MATERNO Y NOMBRE(S) HERNANDEZ RAMIREZ JORGE IVAN		
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) INE 1603126530991			9) CURP HERJ020428HCSRMR5		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			COLONIA O FRACCIONAMIENTO COLONIA LAS GRANAJAS
ALCALDÍA O MUNICIPIO TUXTLA GUTIERREZ		CIUDAD Y ESTADO CHIAPAS	CÓDIGO POSTAL 29019	14) TELÉFONO FIJO 2371193363	TELÉFONO CELULAR 9612834689
15) CORREO ELECTRÓNICO zamo.2pr087@gmail.com		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN 13			
17) OOAD (IMSS) 07	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 07:00-16:00	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 04 MES 03 AÑO 2024 HORA 11:40		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA 04 MES 03 AÑO 2024 HORA 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 DIRIJA A DOMICILIO DE OTRO CLIENTE Y DURANTE EL TRAYECTO REFIER CONducIR EN SU CARRIL A BAJA VELOCIDAD Y REFIERE MECANISMO DE COLICION CON VEHICULO DE MOTOR EN MOVIMIENTO EN LADO IZQUIERDO REFIERE APOYO DE EXTRERMIDAD DERECHA EN EL IMPACTO REFIERE DOLOR EN EXTRERMIDAD INFERIOR DERECHA Y PARRILA 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, NORMOCEFALO, NO ENDOSTOSIS NI EXOSTOSIS, BUENA IMPLANTACION DE CABELLO, OREJAS BIEN IMPLANTADAS, NARINAS PERMEABLES, OROFARINGE NORMAL, SIN HIPERTROFIA AMIGDALINA: CUELLO SIN ADENOMEGALIAS NI TUMORACIONES; CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR, RUIDOS CARDIACOS CON BUENA INTENSIDAD Y RITMO, SIN FENOMENOS AGREGADOS; ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, GLOBOSO A EX PENSAS DE PANICULO ADIPOSO, NO DOLOROA A PLACION MEDIA Y PROFUNDA PERISTALSIS, TIMPANISMO, NO VISCEROMEGALIAS APARENTES, NO DATOS DE IRITACION PERITONEAL, GIORNADO 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 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
CONTUSION PIE DERECHO

25) TRATAMIENTO(S)

DIETA NRML
CGE/ SVT
SOLUCION FISIOLOGICA AL 0.9% 500 CC PARA 3 HORAS
OMEPRAZOL 40MG IV CADA 24HRS
TRAMADOL 50MG EN 100CC DE SOLUCION SALINAL 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 ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA?

SÍ ☐ NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SÍ ☒ NO ☐

FECHA DE INICIO

DÍA **4** MES **03** AÑO **2024**

NÚMERO DE FOLIO

M0183030

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

1

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:

TRAUMATOLOGIA SALUD EN EL TRABAJO MEDICINA FA

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

LAUROMENDOZA LOPEZ

32) MATRÍCULA

98336971

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

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 No de LICENCIA SANITARIA H022						NIVEL ATENCIÓN <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div>			OOAD/UMAE 07CHIS		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE HO 189030								
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 013			OOAD DE ADSCRIPCIÓN 01		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Toro S.A.				PUESTO DE TRABAJO Drengita										
INICIAL 2 <div><div></div></div>		SUBS 3 <div><div></div></div>		RECAIDA 1 <div><div></div></div>		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) UND				NÚMERO 2		A PARTIR DEL DÍA 4		MES 03		AÑO 2014			
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA 4		MES 03		AÑO 2014			
												PRE/POST		ENLACE		IMSS		OTRO	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <div><div>X</div></div>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS														DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 0			
<div><div>* 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.</div><div>* 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.</div><div>* 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.</div><div>* 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.</div></div>																		TRANSFERENCIA DE SEMANAS <div><div>SI</div><div>NO</div></div>	
																		NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	
NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 05220217221																			
CURP <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																			
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO Hernandez Roberto Jorge Iván																			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO 0505220217221-200102																			
MÉDICO TRATANTE Laura Mariana Lopez Gale																			
NOMBRE FIRMA 95131017111																			
MATRICULA																			
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/escriptorio-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 HERNÁNDEZ RAMÍREZ

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 Trabajo		Días Acumulados	
NO		0	

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 ZUMBA 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