



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

0725 0021 2024

FOLIO: _____

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO FIJO
5) REGISTRO PATRONAL	D.V.

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
7105862640	0	Núñez Trinidad Ifige Damián
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)		9) CURP
1010072419075 (ine)		NOT) 860526HCSXRR02
10) EDAD (AÑOS)	37	
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO
		Colonia o Fraccionamiento
ALCALDÍA O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Tultepec	Coahuila	29096
14) TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	15) CORREO ELECTRÓNICO
9611712098	9612012465	no tiene
16) UMF DE ADSCRIPCIÓN	UMF #15	
17) OOAD (IMSS)	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE
07	domingo	07:30-16:00
20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO		
DÍA MES AÑO HORA		
04 12 2023 15:15		
21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO		
DÍA MES AÑO HORA		
10 01 2024		

22) SEÑALAR CLARAMENTE DONDE Y COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Paciente masculino de 37 años de edad por presentar lumbalgia por trauma aguda en una moción de flexión y extensión que es interseccional de lado izquierdo golpeando al mandíbula izquierda al momento de golpear la parte superior izquierda del cuerpo, quedando el paciente con dolor en la zona de la columna.

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

El examen neurológico, puntal, reflejos, sensibilidad y exámenes, se observó que exámenes y reflejos en el lado izquierdo lumbosacral se palpó con normalidad.

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

Lumbalgia (trauma)
Dolor en la zona de la columna

25) TRATAMIENTO(S)

1.- ketorolaco 100 mg de 20 mg 1 lb.
2.- Dexametasona 3 mg im de 2 mg po por los días de dolor R. lumbosacral

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: Ninguna

29) INCAPACIDAD INICIAL	AMERITA INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO	NÚMERO DE FOLIO	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:
SÍ	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DÍA MES AÑO	10 01 2024	UNO	Salud en el

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	32) MATRÍCULA	33) UNIDAD MÉDICA OOAD
Dr. Aguirre Chen Negrete	9907410	UMF 25/07

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ LOS DATOS 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
Jorge Damián Núñez Trinidad		

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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 7105-86-2640 AGREGADO MÉDICO: 1M29860R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JORGE DAMIAN NUÑEZ TRINIDAD

CURP: NUTJ860826HCSXRR02

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD:UMF NO. 25 CVE PTAL. 070138252110

CONSULTORIO: 1 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 101007241807

Serie y Folio QN023550

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF No. 25	1	Chiapas	QN023550
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF No. 25	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO	No aplica
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
INICIAL	uno	1	10/01/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	10/01/2024
Probable Riesgo		Días Acumulados	
Trabajo		0	
SI			

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.

Si el asegurado no está marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 un aviso para el probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas.

Nombre y firma del médico
MIGUEL ANGEL CARMEN AGUILAR CHON

Matrícula
99074175

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.