



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		O	Núñez Tríndado Jorge Domínguez	
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)		9) CURP		10) EDAD (AÑOS)
100072419075 (ine)		NUTJ860526HCSXRR02		37
11) SEXO	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO	COLONIA O FRACCIONAMIENTO	
M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Soltero	Bolívar Col. Ponaguate #2 Sabines	Tlalchapa Chalco 29096 061121289612012465 No tiene	
ALCALDÍA O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	14) TELÉFONO FIJO	15) CORREO ELECTRÓNICO
Tlalchapa	Chalco, Edo. de México	29096	061121289612012465	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN
17) OQAD (IMSS)	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO	21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO
07	07-30-1600 04/12/2023	15:15	10/01/2024	10/01/2024
22) INDICAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	<p>Paciente trabajando a los 37 creyendo que podían haberse producido accidentes en una mobela recién comprada que es intercambiable de lado izquierdo quedando el manubrio izquierdo abajo, quedando la puerta izquierda cuando recibiendo una golpe frontal produciendo caída</p>			
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE	<p>El abdomen normal, piel tibia normal. realizó flexión y extensión, se observó una exoftalmia izquierda, sin dolor al tacto que hubo se palpa cintura media inservida izquierda.</p>			
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE	<p>Lumbalgia crónica Disociación izquierda</p>			
25) TRATAMIENTO(S)	<p>1.- Metabaclofen 100 mg 1 vez Qdny 100 mg 1 vez. 2.- Dexmedetomidina 50 mcg im de Selvito R. Iva R. Calma</p>			
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)	<p>INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>			
27) ¿HUBO RIÑA?	28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:			
SI <input type="checkbox"/> - NO <input checked="" type="checkbox"/>	Ninguna			
29) INCAPACIDAD INICIAL	AMERITA INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO	NÚMERO DE FOLIO	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS
SI <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10/01/2024	023550	UNO
30) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE:	Salio en el			
31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	32) MATRÍCULA		33) UNIDAD MÉDICA Y OQAD	
Dr. Aguirre Chan Negrete	9907410		med 25/07	

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBILOS 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.

*Jorge Domínguez Tríndado*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.



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: 1M 19860R

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
MF No. 15	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO	No aplica
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	<i>Preventivo Distribuidor</i> A partir del <i>El</i> 10/01/2024
INICIAL	uno	1	
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 gastos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.

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

Nombre y firma del médico
JORGE DAMIAN NUÑEZ TRINIDAD

Matrícula
99074175

Nombre y firma del médico que autoriza
NO APLICA

Matrícula
NO APLICA

COPIA PATRÓN

+ CONOCE EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingres a la sección de Consultorios y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago incremento y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.