



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

0212024HGZ12622

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 TOROSA DE CV	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO RÍO ATOYAC #5105	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO EUCALIPTOS	
3) CÓDIGO POSTAL 68274	4) TELÉFONO FIJO DESCONOCE
5) REGISTRO PATRONAL D686521710	D.V. 5

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 7809920891	D.V. 6	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) PRIETO BURGOA EDER DE JESUS							
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) INE			9) CURP PIBE920624HOCRRD02			10) EDAD (AÑOS) 31			
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL CASADO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO CAMINO NACIONAL 112		COLONIA O FRACCIONAMIENTO VICTOR BRAVO AHUJA					
ALCALDÍA O MUNICIPIO OAXACA DE JUAREZ		CIUDAD Y ESTADO OAXACA	CÓDIGO POSTAL 71228	14) TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR 9512526081	15) CORREO ELECTRÓNICO	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN 65		
17) OOAD (IMSS) 21	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 07:00-18:00	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 09 MES 08 AÑO 2024 HORA 15:45		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA 09 MES 08 AÑO 2024 HORA 17:19				
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE REFIERE LO INICIA EL DIA DE HOY APROX A LAS 15.45 HRS AL ESTAR EN SU JORNADA LABORAL IBA EN MOTOCICLETA, REFIERE SI LLEVABA CASCO, SE ATRAVIESA UN PERRO POR LO QUE PIERDE EL CONTROL, SALE COMO A 5 MTS, DIO 5 VUELTAS APROX CON CONTUSIÓN EN CODA, ANTEBRAZO DERECHO, TORAX, RODILLA IZQUIERDA, PELVIS, MOTIVO POR EL CUAL CUDE A VALORACION , NIEGA PERDIDA DEL ESTADO DE ALERTA									
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE NEUROLÓGICAMENTE INTEGRAL, ECG 15 PUNTOS, CRANEO SIN ENDO NI EXOSTOSIS, ADECUADA COLORACIÓN MUCOCUTÁNEA, HIDRATADO, PUPILLAS ISOCÓRICAS NORMORREFLECTICAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS EN ESTE MOMENTO, ABDOMEN ASIGNOLÓGICO, NO DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL; DOLOR Y LIGERA EQUIMOSIS EN REGION PELVICA DERECHA, NO CREPITACIONES; ESCORIACIÓN A NIVEL DE CODA DERECHO, REALIZA ARCOS DE MOVILIDAD CON LIMITACIÓN POR DOLOR, NO CREPITACIONES; A NIVEL DE RODILLA IZQUIERDA CON ESCORIACIÓN SUPERFICIAL, EDEMA+, DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD; RESTO DE EXTREMIDADES INTEGRAS, NO EDEMA, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN ESCALA DE DANIELS , LLENADO CAPILAR 2 SEG									
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE S500 - CONTUSIÓN DEL CODA POLICONTUNDIDO/ CONTUSIÓN RODILLA IZQUIERDA									
25) TRATAMIENTO(S) AINES, REPOSO									
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO INTOXICACIÓN POR ENERVANTES <input type="checkbox"/> 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: NINGUNO									
29) INCAPACIDAD INICIAL SI	AMERITA INCAPACIDAD sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DÍA 09 MES 08 AÑO 2024			NÚMERO DE FOLIO MR 383072	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS TRES	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: MEDICINA DEL TRABAJO		
		31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE BEATRIZ ADRIANA CASTELLANOS LOPEZ	32) MATRÍCULA 98213722	33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD HGZ 01					
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.									
PRIETO BURGOA EDER DE JESUS									
ASEGUROADO (NOMBRE Y FIRMA)		BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGUROADO (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.

Rebí incapacidad inicial y ST7

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				ALCALDÍA O MUNICIPIO			
CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL		5) TELÉFONO FIJO		6) CORREO ELECTRÓNICO					
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR				8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				D.V.	9) OCUPACIÓN		
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO		ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL			
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS 14) MATRÍCULA		15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL			
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		DÍA	MES	AÑO	HORA	17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE		DÍA	MES	AÑO	HORA
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> EN UNA COMISIÓN <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/>											
19) DESCRIPCIÓN PRECISA 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 DÍA MES AÑO HORA					
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) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL				26) LUGAR Y FECHA				27) 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)

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLOGICO(S)											
29) 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 <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/>				SE ACEPTE COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN				33) MATRÍCULA		34) FECHA DE CALIFICACIÓN DÍA MES AÑO		35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD			

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) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN											
FECHA: _____											
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO											
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 DÍA MES AÑO		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD			