



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: 72826080242432008

D.V.  
57) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)  
MARTINEZ ALVAREZ DIANA RUBID.V.  
46) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL  
02169601548) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)  
CREDENCIAL PARA VOTAR11) SEXO  
M  F 12) ESTADO CIVIL  
UNIÓN LIBRE13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO  
AV. GREGORIO MENDEZ 26319) CURP  
MAAD960713MTCRLN0010) EDAD (AÑOS)  
28COLONIA O FRACCIONAMIENTO  
ATASTA14) TELÉFONO FIJO  
9618202215TELÉFONO CELULAR  
961820221515) CORREO ELECTRÓNICO  
diana.martinez.18.07.152@gmail.com16) UMF DE ADSCRIPCIÓN  
UMF NO. 47  
DIRECCIÓN UNIDAD17) OOAD (IMSS)  
TABASCO18) DÍA DE DESCANSO  
PREVIO AL ACCIDENTE  
DOMINGO19) HORARIO DE TRABAJO  
EL DÍA DEL ACCIDENTE  
07:00 A 15:0020) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE  
TRABAJO  
DÍA 26 MES 08 AÑO 2024 HORA 11:3121) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO  
DÍA 26 MES 08 AÑO 2024 HORA 11:49

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

HOY A LAS 11:31 AM SE DIRIGÍA EN MOTO HACIA UN PUNTO DE VENTA, PERO INTENTO SUBIRSE A LA RAMPA DEL ESTACIONAMIENTO, Y PERDIÓ EL EQUILIBRIO DE LA MOTO, HACIÉNDOLA DERRAPAR, CAUSÁNDOLE HERIDAS EN LA MANO IZQUIERDA Y UN GOLPE EN LA PIerna IZQUIERDA

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

36 °C, 118/80 MMHG, 103 LATIDOS POR MINUTO, 17 RESPIRACIONES POR MINUTO. SIGNOS VITALES NORMALES, GLASGOW 15, OXIMETRIA 98, AFEBRIL, BUENA COLORACION DE TEGUMENTOS, MUCOSAS HIDRATADAS. EN LA REGIÓN PALMAR DE LA MANO IZQUIERDA SE OBSERVA UNA ESCORACION Y VIDRIOS INCRASTADOS, LOS CUALES SE RETIRAN SIN COMPLICACIONES. SE OBSERVA EDEMA X EN LA REGION TIBIAL DE LA PIerna IZQUIERDA, SIN DERMOSABRASIONES, SIN EQUIMOSIS NI HERMATOMAS. RESTO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA SIN DATOS PATOLÓGICOS.

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

S618, HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, IZQUIERDA. S801, CONTUSIÓN DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIerna, IZQUIERDA REGION TIBIAL.

25) TRATAMIENTO(S)

ANTIBIOTICO, AINES

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  
INICIALAMERITA INCAPACIDAD  
SÍ  NO 

FECHA DE INICIO

NÚMERO DE FOLIO

NÚMERO DE DÍAS  
AUTORIZADOS30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO  
DE:  
MEDICINA FAMILIAR, SALUD EN EL  
TRABAJO

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

ALEJANDRA VILLEGAS VILLEGRAS

DÍA 26

MES 08

AÑO 2024

UD673166

1

32) MATRÍCULA  
99282311

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

UMF NO. 47 DIRECCIÓN UNIDAD -  
TABASCO

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 PODRÍA 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.