



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: 73112090242415001

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 125	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO PEDRO IGNACIO MATA, VERACRUZ, VERACRUZ, VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	
3) CÓDIGO POSTAL 91799	4) TELÉFONO FIJO 2299805744
5) REGISTRO PATRONAL G067327910	

D.V.
7

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 6594783243		D.V. 5	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) LOPEZ ROSAS FILIBERTO							
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) CREDENCIAL PARA VOTAR			9) CURP LORF780209HVZPSL04							
11) SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12) ESTADO CIVIL CASADO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO 9 AVE LOTE 71		10) EDAD (AÑOS) 46						
14) ALCALDÍA O MUNICIPIO BOCA DEL RÍO		CIUDAD Y ESTADO BOCA DEL RÍO, VERACRUZ DE IGNACIO	CÓDIGO POSTAL 94297	15) COLONIA O FRACCIONAMIENTO VENUSTIANO CARRANZA						
17) OOAD (IMSS) VERACRUZ NORTE	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 07:00 A 17:00	14) TELÉFONO FIJO 2291068878	15) TELÉFONO CELULAR 2291068878	16) CORREO ELECTRÓNICO	17) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF 61 VERACRUZ				
20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO			DÍA 12	MES 09	AÑO 2024	HORA 07:14	DÍA 12	MES 09	AÑO 2024	HORA 09:57
21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO										
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE										

PA. INICIA PADECIMIENTO ACTUAL EL DIA DE HOY 12/09/2024 AL ESTAR EN SU DOMICILIO AL ALZAR LA EXTREMIDAD TORÁCICA IZQUIERDA INICIA CON DOLOR EN HOMBRO POSTERIOR AL ESTAR EN SU EMPRESA Y HACER ACTIVIDADES DE LA EMPRESA 07:15HRS INICIA CON DOLOR EN Dicha ZONA MOTIVO QUE ACUDE A VALORACION

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

NEUROLOGICAMENTE INTEGRAL, GLASGOW 15/15-MUCOSA ORAL HIDRATADA, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, EXTREMIDAD TORÁCICA DERECHA CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN HOMBRO IZQUIERDO— C: PACIENTE MASCULINO DE QUINTA DECADA DE VIDA CURSA CON DIFERENCIAS EN EL DIA DE IGNACIO DE LA LLAVE— IDX: ESGUINCE DE DOSIS UNICA Y SE ENVIA A RX AP DE HOMBRO IZQUIERDO REVALORACION AL TERMINO— RX AP DE HOMBRO IZQUIERDO CON DISMINUCION DEL ESPACIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON ACROMIO.—IDX: ESGUINCE DE HOMBRO IZQUIERDO—

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

S434, ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO, IZQUIERDO.

25) TRATAMIENTO(S)

PLAN 1- ALTA DEL SERVICIO.— 2.- SEGUIMIENTO CON MEDICO FAMILIAR... 3. CITA ABIERTA A URGENCIAS.—SE REALIZA ST7.— OTORGADA INCAPACIDAD INICIAL POR PB RIESGO DE TRABAJO CON LOS DATOS OTORGADOS POR EL TRABAJADOR ===== RAZON SOCIAL: — DISTRIBUIDORA DE TORO ——INE0573063137137— DIAS ACUMULADOS: ——00— ——DIAS EN TIEMPO DE RECUPERACION: 10 — PUESTO:...REPARTO.....HORARIO DE TRABAJO: LUNES A ADODESCANSO.....DOMINGOS.....PRONOSTICO SUSTENTADO EN DIAGNOSTICO Y COMORBILIDADES: LIGADO A EVOLUCION.....PRONOSTICO CON ENFOQUE AL ALTA LABORAL: LIGADO A EVOLUCION —DICLOFENAC 1 CADA 12HRS POR 6 DIAS—PARACETAMOL 500MG ADA 8HRS POR 3 DIAS— CITA ABIERTA A URGENCIAS—INMOVILIZADOR DE HOMBRO POR 1 SEMANAS—ST

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

MES

AÑO

NÚMERO DE FOLIO

PC647781

NÚMERO DE DIAS AUTORIZADOS

1

30) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE:

SALUD EN EL TRABAJO, MEDICINA FAMILIAR

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

EOS VIRGINIA MARTÍNEZ MONTAÑÉ

32) MATRÍCULA

98317342

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

UMF 61 VERACRUZ - VERACRUZ NORTE

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.

FIRMANTE Lopez Rosas

ASEGURODO
(NOMBRE Y FIRMA)

HEIDI AVELLAN PÉREZ

BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL
ASEGURODO (NOMBRE Y FIRMA)

2295507489

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.

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)						21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DÍA MES AÑO HORA					
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE						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					
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) NOSOLÓGICO(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 ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SI <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

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO FECHA _____

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	
--	--	--	---------------	--	------------------------------------	--	--	--------------------------	--