



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

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 1 25	
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	

FOLIO: 73112090242415001

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		10) EDAD (AÑOS) 46				
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		12) ESTADO CIVIL CASADO		13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO 9 AVE LOTE 71		COLONIA O FRACCIONAMIENTO VENUSTIANO CARRANZA			
ALCALDÍA O MUNICIPIO BOCA DEL RÍO		CIUDAD Y ESTADO BOCA DEL RÍO, VERACRUZ DE IGNACIO		CÓDIGO POSTAL 94297	14) TELÉFONO FIJO 2291068878		TELÉFONO CELULAR 2291068878	15) CORREO ELECTRÓNICO	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF 61 VERACRUZ
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		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 12 MES 09 AÑO 2024 HORA 07:14		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO DÍA 12 MES 09 AÑO 2024 HORA 09:57	

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

PA. INICIA PADECIMIENTO ACTUAL EL DÍA 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 INTEGRO, GLASGOW 15/15-MUCOSA ORAL HIDRATADA, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, EXTREMIDAD TORACICA DERECHA CON DOLOR A LA PALPACION EN ARTICULACION GLENOHUMERAL SIN ALTERACION ANATOMICA, SIN LIMITACION A LOS ARCOS DE MOVILIDAD, RESTO DE EXPLORACION SIN ALTERACIONES-----IDX: ESGUINCE DE HOMBRO IZQUIERDO----- C: PACIENTE MASCULINO DE QUINTA DECADA DE VIDA CURSA CON DFIAGNOSTICOA NTES MEMNCIONADO SE ADMINISTRA AINES IM DOSIS UNICA Y ESTERODIDE IM DOSIS UNICA Y SE ENVIA A RX AP DE HOMBRO IZQUIERDO REVALORACION AL TERMINO-----RX AP DE HOMBRO IZQUIERDO CON DISMINUCION DELK 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)

PLAN1.- ALTA DEL SERVICIO.--- 2.- SEGUIMIENTO CON MEDICO FAMILIAR--- 3. CITA ABIERTA A URGENCIAS.---SE REALIZA ST7.--- OTORGA INCAPACIDAD INICIAL POR PB RIESGO DE TRABAJO CON LOS DATOS OTORGADOS POR EL TRABAJADOR ===== RAZON SOCIAL: --- DISTRIBUIDORA DE TORO -----INE0573063137137----- DIAS ACUMULADOS: -----00-----DIAS OTORGADOS 01-----TIEMPO DE RECUPERACION: 10 -- PUESTO:---REPARTO-----HORARIO DE TRABAJO: LUNES A ADO -----DESCANSO----- DOMINGOS-----PRONOSTICO SUSTENTADO EN DIAGNOSTICO Y COMORBILIDADES: LIGADO A EVOLUCION. -----PRONOSTICO CON ENFOQUE AL ALTA LABORAL: LIGADO A EVOLUCION --DICLOFENAO 1 CADA 12HRS POR 6 DIAS---PARACETAMOL 500MGC 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 EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SÍ ☒ NO ☐

FECHA DE INICIO

DÍA 12 MES 09 AÑO 2024

NÚMERO DE FOLIO

PC647781

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

1

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:

SALUD EN EL TRABAJO, MEDICINA FAMILIAR

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

EOS VIRGINIA MARTÍNEZ MONTANÉ

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.

Filiberto Lopez Rosas

ASEGURADO
(NOMBRE Y FIRMA)

Heidi Aguilar Perez

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

2295507409

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)									
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									
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:		SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO:	
TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/>		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			
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	