



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

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 6707-88-3459 1M1988OR	D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) MARTINEZ CASTILLO JULIO		
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) INE. 1799077561691.		9) CURP MACJ880412HVZRSLO4	10) EDAD (AÑOS) 36	
11) SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12) ESTADO CIVIL SOLTERO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO PROL DE ORIENTE 1 N 84	COLONIA O FRACCIONAMIENTO BARR. LA LUZ	
ALCALDÍA O MUNICIPIO IXTACZOQUITLAN	CIUDAD Y ESTADO VERACRUZ	CÓDIGO POSTAL 94450	14) TELÉFONO FIJO 2722348721	
17) OOAD (IMSS) 32	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 7 a 18hrs	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 29 MES 08 AÑO 2024 HORA 9.30hrs	21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA 13 MES 09 AÑO 2024 HORA 9.10h
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE MASCULINO DE 36 AÑOS DE EDAD, REFIERE QUE EL 29 DE AGOSTO DEL 2024, SUFRE CAÍDA EN VIA PUBLICA. CON GOLPE DIRECTO EN REGIÓN DE CADERA IZQUIERDA AL IR A BORDO DE SU CAMIONETA DE 3 TONELADAS. EN LA PARTE TRASERA. DE FORMA ACCIDENTAL SE ABRE LA PUERTA Y CAE. DE UNA ALTURA DE UN METRO.. SIN PERDIDA DEL ESTADO ALERTA. Y HACE 6 DÍAS EXACERBA DOLOR EN COLUMNA LUMBAR Y SENSACIÓN DE ENTUMECIMIENTO DE PIerna IZQUIERDA. SIN COMPROMISO DE LA MARCHA. TRABAJADOR DE DISTRIUIDORA EL TORO .. OCUPACIÓN REPARTO. HORARIO DE 7 A 18HRS. DESCANSO DOMINGO)				
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE DOLOR EN COLUMNA DORLUMBAR, CONTRACTURA PARAVERTEBRAL Y REGIÓN MEDIA DE GLUTEO DEL MISMO LADO. HIPERSENSIBILIDAD LOCAL. IRRADIADO CARA POSTERIOR DE MUSLO. NO HAY COMPROMISO MUSCULOTENDINOSO. NI CIRCULATRIO AL MOMENTO				
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE LUMBAGO CON CIATICA				
25) TRATAMIENTO(S) KETOROLACO IM DU.. PARACETAMOL. 500MG TOMAR 1 C 8HRS.. DICLOFENACO 100MG TOMAR 1 C 12HRS..				
26) SGNS 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 checked="" type="checkbox"/> NO				
27) ¿HUBO RÍNA? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO				
28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:				
29) INCAPACIDAD INICIAL <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	AMERITA INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	FECHA DE INICIO DÍA 13 MES 09 AÑO 2024	NÚMERO DE FOLIO QN403284	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS 2
30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: SALUD EN EL TRABAJO				
31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE GONZALEZ DUNCAN SILVIA				
32) MATRÍCULA 99325197				
33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD 5				

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 QUI: PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

JUAN MARTINEZ COSTILLO
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.

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) NOSOLÓGICO(S)					
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN					
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Se basa 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:	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	35) UNIDAD MÉDICA Y OQAD		
		DÍA	MES	AÑO	

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 DE INCISO 37.	39) MATRÍCULA	40) FECHA	41) UNIDAD MÉDICA Y OQAD	
		DÍA	MES	AÑO