



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

MACJ880412HVZRSL04

10) EDAD (AÑOS)

36

11) SEXO

M ☒ 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

TELÉFONO CELULAR

2722348721

15) CORREO ELECTRÓNICO

juliojmc9@gmail.com

16) UMF DE

ADSCRIPCIÓN

5

17) COAD (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 VÍA PÚBLICA. 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 DISTRIBUIDORA 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 C12HRS..

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☒

INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO R/ÑA?

SÍ ☐

NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA-INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

FECHA DE INICIO

DÍA

MES

AÑO

13

09

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 COAD

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

JULIO MARTINEZ CASTILLO
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. 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			
		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	
		DÍA MES AÑO	
		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	