



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCION MÉDICA INICIAL Y CALIFICACION DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO ST-7

33-2024-58-02169

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 DE LA EMPRESA, CALLE Y NÚMERO	
CARRETERA FEDERAL LIBRE 180 MERIDA-CANCUN 13 #16415	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
COLONIA TEYA	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO (LADA)
CP 97374	9994406577
5) REGISTRO PATRONAL	D.V.
G571327810	0

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	
8408891555		2	GONZALEZ SOLIS WILBERTH ALEJANDRO	
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)			9) CURP	
INE: 0608079295504			GOSW890917HYNLL06	
10) EDAD (AÑOS)		35		
11) SEXO	12) ESTADO CIVIL	DIRECCIÓN		COLONIA O FRACCIONAMIENTO
M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SOLTERO	143 # 691 X 80A Y 80 B		SAN ANTONIO XLUCH
ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	14) TELÉFONO FIJO
MERIDA		YUCATAN	97290	9991462141
17) OOAD (IMSS)		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE	18) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE	15) TELÉFONO CELULAR
YUCATAN		DOMINGO	08:00-16:00	9996092279
19) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN
DOMINGO		DÍA MES AÑO HORA		58
		7 10 2024 08:30		
		DÍA MES AÑO HORA		
		7 10 2024 09:21		

WILBERTH DE 35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE MANIFESTANDO QUE HOY AL DIRIGIRSE A SU TRABAJO EN MOTO DERRAPA SUFRIENDO GOLPES A NIVEL DE SU HOMBRO IZQUIERDO Y CADERA, REPORTA DOLOR Y LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO.

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

MARCHA CON DISCRETA CLAUDICACIÓN DE PIERNAS IZQUIERDA, A NIVEL DE HOMBRO IZQUIERDO REFIERE DOLOR QUE LIMITA MOVER SU BRAZO, A NIVEL DE CADERA IZQUIERDA REFIERE DOLOR. SE SOLICITA RX NO HAY DATOS DE LESIÓN ÓSEA.

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

CONTUSIÓN DE HOMBRO Y CADERA IZQUIERDO/ TRAUMÁTICO/ DOLOR, LIMITACIÓN MARCHA Y MOVIMIENTO.

25) TRATAMIENTO(S)

METAMIZOL SODICO TAB 1C-8HRS, NÁPROXENO TABLETAS 1C-8HRS ORAL

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHOLICA SI ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SI ☐ NO ☒

27) HUBO RIÑA

SI ☐ NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SI ☒ NO ☐

FECHA DE INICIO

DÍA MES AÑO

7 10 2024

NÚMERO DE FOLIO

QM660246

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

TRES

30) SE ENVÍA AL PACIENTE AL SERVICIO DE:

SALUD EN EL TRABAJO

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

32) MATRÍCULA

99240649

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

58 / 33

DR PEDRO GUILLERMO BATUN PECH

34) FAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS EJEMPLARES DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUEDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

GONZALEZ SOLIS WILBERTH

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 EJEMPLAR 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 DEL DÍA DEL ACCIDENTE		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS 15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL			14) MATRÍCULA		
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 EL TRAYECTO AL 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, POLICIA 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 DE PONER FIRMA DEL PATRÓN)				

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

28) DIANÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)											
29) ELEMENTOS MÉDICO-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN											
30) FUNDAMENTO LEGAL DE CALIFICACIÓN Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal de 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"/>					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			35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	
							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 EL 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		34) FECHA DE CALIFICACIÓN			35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	
							DÍA	MES	AÑO		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

NSS : 8408-89-1555 AGREGADO MÉDICO: 1M19890R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

WILBERTH ALEJANDRO GONZALEZ SOLIS

CURP: GOSW890917HYNNLL06

FECHA DE NACIMIENTO: 17/09/1989

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: YUCATÁN

UNIDAD:UMF 58 MÉRIDA CVE PTAL. 330111252110

CONSULTORIO: 20 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE
SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8408891555

Serie y Folio QM660489

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 58 Mérida	I	Yucatán	QM660489
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 58 Mérida	Yucatán	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	cuatro	4	10/10/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	10/10/2024
Probable Riesgo Trabajo		Días Acumulados	
SI		3	

El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indica en este duplicado.

Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.

Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.

En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y firma del médico

ALFONSO BATÚN PERALTA

Matrícula

98331073

Cédula Prof.

8041024

Nombre y firma del médico que autoriza

NO APLICA

Matrícula

NO APLICA

Alfonso Batún Peralta

COPIA PATRÓN

¿CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresa al escritorio Virtual y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.