



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 NUMERO

CARRETERA FEDERAL LIBRE 180 MERIDA-CANCUN 13 #16415

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO

COLONIA TEYA

3) CODIGO POSTAL 4) TELEFONO (LADA)

CP 97374

9994406577

5) REGISTRO PATRONAL

G571327810

D.V.

0

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 8408891555		D.V. 2	7) APELLIDO PATERNO, MATERO Y NOMBRE(S) GONZALEZ SOLIS WILBERTH ALEJANDRO	
8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR) INE: 0608079295504		9) CURP GOSW890917HYNNLL06		10) EDAD (AÑOS) 35
11) SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12) ESTADO CIVIL SOLTERO	DIRECCION 143 # 691 X 80A Y 80 B		COLONIA O FRACCIONAMIENTO SAN ANTONIO XLUCH
13) ALCALDIA O MUNICIPIO MERIDA		CIUDAD Y ESTADO YUCATAN	CÓDIGO POSTAL 97290	14) TELÉFONO FIJO 9991462141 15) CORREO ELECTRÓNICO alexgos115@gmail.com 16) UMP DE ADSORCIÓN 58
17) OOAD (IMSS)		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE	18) HORARIO DE TRABAJO DEL ACCIDENTE	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DIA 7 MES 10 AÑO 2024 HORA 08:30 21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DIA 7 MES 10 AÑO 2024 HORA 09:21
YUCATAN		DOMINGO	08:00-16:00	

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 LIMITACION DE MOVIMIENTO.

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

MARCHA CON DISCRETA CLAUDICACION DE PIerna IZQUIERDA, A NIVEL DE HOMBRO IZQUIERDO REFIERE DOLOR QUED LIMITA MOVER SU BRAZO, A NIVEL DE CADERA IZQUIERDA REFIERE DOLOR. SE SOLICITA RX NO HAY DATOS DE LESION OSEA.

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

CONTUSIÓN DE HOMBRO Y CADERA IZQUIERDO/ TRAUMATICO/ DOLOR, LIMITACION MARCHA Y MOVIMIENTO.

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)
METAMIZOL SODICO TAB 1C-8HRS, NAPROXENO TABLETAS 1C-8HRS ORAL

INTOXICACIÓN ALCOHOLICA SI NO

INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SI NO

27) HUBO RIÑA

SI NO

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SI NO

FECHA DE INICIO

NÚMERO DE FOLIO

NÚMERO DE DÍAS
AUTORIZADOS

30) SE ENVÍA AL PACIENTE AL SERVICIO DE:

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRABAJANTE

DR PEDRO GUILLERMO BATUN PECH

DIA

MES

AÑO

QM660246

TRES

SALUD EN EL TRABAJO

32) MATRÍCULA

99240649

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

58 / 33

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.


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 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 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 PRESENCIOÓ 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: TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/>				SE ACEPTE 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 EL 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 DEL INCISO 37				39) MATRÍCULA		34) FECHA DE CALIFICACIÓN DÍA MES AÑO			35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD			



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: GOSW890917HYNNLLO6
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
UMI 58 Mérida	1	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 SUBSECUENTE	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
Ramo de Seguro	cuatro	4	10/10/2024
Enfermedad general		Control Maternidad	Expedido el
Probable Riesgo Trabajo		NO	10/10/2024
SI		Días Acumulados	
		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	Matrícula	Cédula Prof.	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
ALFONSO BALTÍN PERALTA	98331073	8041024	NO APLICA	NO APLICA

Alfonso Baltín Peralta
IMSS 98331073

COPIA PATRÓN

CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTORIO 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 reembolsé de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.