



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 8485-64-1065 AGREGADO MÉDICO: 1M19640R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE TOMAS INTERIAN CAAMAL

CURP: IECT641229HYNM07

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1964

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: YUCATÁN

UNIDAD:UMF 59

MÉRIDA

CVE PTAL. 330103252110

CONSULTORIO: 10 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8485641065

Serie y Folio QT060859

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 59 Mérida	1	Yucatán	QT060859
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF 59 Mérida	Yucatán	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Agentes y representantes de ventas y consignatarios
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
INICIAL	dos	2	12/11/2024
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
Enfermedad general		NO	13/11/2024
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
SI		0	

- 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.	Cédula Esp.	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
GABRIELA ALEJANDRA HEREDIA GONZALEZ	98337052	11626844	0	WILBERTH JESUS SANCHEZ CORDOVA	98331136

### 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.



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: 73313110242401001

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

CARRETERA FEDERAL LIBRE 180 MERIDA-CANCUN 13 16415

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO

TEYA, KANASÍN, YUCATÁN

3) CÓDIGO POSTAL

97374

4) TELÉFONO FIJO

5) REGISTRO PATRONAL

G571327810

D.V.

0

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 8485641065	D.V. 3	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) INTERIAN CAAMAL JOSE TOMAS
---	-----------	--

8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) CREDENCIAL PARA VOTAR	9) CURP IECT641229HYNM07	10) EDAD (AÑOS) 59
--	-----------------------------	-----------------------

11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL CASADO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO CALLE 28 X 31'33 SN	COLONIA O FRACCIONAMIENTO			
--	----------------------------	--	---------------------------	--	--	--

ALCALDÍA O MUNICIPIO TECOH	CIUDAD Y ESTADO YUCATÁN	CÓDIGO POSTAL 97820	14) TELÉFONO FIJO 9991593754	TELÉFONO CELULAR 9991593754	15) CORREO ELECTRÓNICO	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF 59 MÉRIDA
-------------------------------	----------------------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------------	------------------------	---

17) OOAD (IMSS) YUCATAN	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 07:30 A 15:00	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 12 MES 11 AÑO 2024 HORA 06:35		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO DÍA 13 MES 11 AÑO 2024 HORA 09:27		
----------------------------	---	---	--	--	---	--	--

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE  
MASCULINO DE 59 AÑOS QUE ACUDE POR PB RT, REFIERE QUE EL DÍA 12.11.24 APROXIMADAMENTE A LAS 06:35 AM AL ENCONTRARSE EN EL TRAYECTO DE SU DOMICILIO A SU TRABAJO, AL ESTAR MANEJANDO SU MOTOCICLETA CON USO DE CASCO, A UN AVELOCIDAD DE 35 KM/HR AL INTENTAR REBASAR UN MOTOTAXI, REFIERE HABIA UNA SOGA QUE ATRAVESABA LA CALLE Y CON LA SOGA SE GOLPEA SU CUELLO OCASIONANDO QUE CAIGA DE LA MOTOCICLETA DE ESPALDAS, DE UNA VUELTA Y CAE DE CABEZA CONTRA EL PAVIMENTO, NIEGA PERDIDA DE CONOCIMIENTO, PRESENTA DOLOR EN EL CUELLO Y REGION CERVICAL Y DOLOR EN PECTORAL DERECHO, DOLOR TIPO URENTE, DOLOR EN REGION CERVICAL AL REALIZAR ARCOS DE MOVILIDAD, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, YA NO ACUDE A JORNADA LABORAL, VALORADO EN EL IMSS DE ACANCEH EN DONDE RECIBE DX: ESGUINCE DE CUELLO / CONTUSIÓN DE TORAX. SE LE REALIZA EL DÍA DE AYER 12.11.24 EN IMSS ACANCEH RX DE TORAX Y CUELLO DONDE SE DESCARTA LESIÓN OSEA EVIDENTE, SE DA DE ALTA CON DICLOFENACO TABL VO 1 CADA 12 HRS X 3 DIAS, PARACETAMOL TABL 500 MG VO 1 CADA 8 HRS X 5 DIAS, APLICACIÓN DE CALOR LOCAL, CITA ABIERTA A URGENCIAS----- APP: DM2 DX: 30 AÑOS, TX: GLARGINA 48 UI CADA 24 HRS. LINAGLIPINA 1 CADA 24 HRS, HAS DX: NOVIEMBRE 2023, TX: IRBESARTAN 1 XCADA 24 HRS, NIEGA OTROS CRÓNICOS, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS. QX: CIRUGIA DE CATARATA

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

36.2 °C, 120/80 MMHG, 77 LATIDOS POR MINUTO, 18 RESPIRACIONES POR MINUTO. EF: SATURACION 98 %, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERADOR, ADECUADA HIDRATACION Y COLORACION DE TEJUMENTOS. CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, REGION CERVICAL CON DOLOR A LA PALPACION EN REGION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEMA IZQUIERDO Y TRAPEZIO IZQUIERDO, CON DOLOR Y LIMITACION PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILIDAD DE CUELLO, TORAX CON PRESENCIA DE DOLOR A LA PALPACION EN REGION PECTORAL DERECHA SE OBSERVA ABRASION Y EQUIMOSIS, ABDOMEN ASIGNOLOGICO, EXTREMIDADES INTEGRAS Y FUNCIONALES, LLENADO CAPILAR ADECUADO

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

S134. ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA CERVICAL, ... S202, CONTUSIÓN DEL TORAX, DERECHO.

25) TRATAMIENTO(S)

PARACETAMOL TABLETAS 500 MG VO 1 CADA 8 HRS X 5 DIAS, DICLOFEMACO TABL 1 CADA 12 HRS X 5 DIAS, CITA ABIERTA A URGENCIAS, ACUDIR A REVALORACION CON SU MF

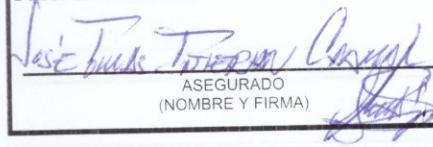
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)	INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	INTOXICACIÓN POR ENERVANTES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------	--	-----------------------------	--

27) ¿HUBO RIÑA?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: VALORADO EN HOSPITAL IMSS ACANCEH			
-----------------	--	--	--	--	--

29) INCAPACIDAD INICIAL	AMERITA INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO			NÚMERO DE FOLIO QT060859	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS 2	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: CONSULTA EXTERNA Y MEDICO DEL TRABAJO
		DÍA 12	MES 11	AÑO 2024			

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE GABRIELA ALEJANDRA HEREDIA GONZALEZ	32) MATRÍCULA 98337052	33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD UMF 59 MÉRIDA - YUCATAN
--	---------------------------	---

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DÉ 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.

	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, A 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 LLBNADO.