



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: IECT641229HYNNMM07

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

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, ALCALDIA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO TEYA, KANASIN, YUCATÁN	
3) CÓDIGO POSTAL 97374	4) TELÉFONO FIJO D.V. 0
5) REGISTRO PATRONAL G571327810	

FOLIO: 73313110242401001

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 IECT641229HYNMM07		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			
ALCALDIA 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 UNA VELOCIDAD DE 35 KM/HR AL INTENTAR REBASAR UN MOTOTAXI, REFIERE HABÍA 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 / CONTUSION DE TORAX, SE LE REALIZA EL DÍA DE AYER 12.11.24 EN IMSS ACANCEH RX DE TORAX Y CUELLO DONDE SE DESCARTA LESION 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, LINAGLIPTINA 1 CADA 24 HRS, HAS DX: NOVIEMBRE 2023, TX: IRBESARTAN 1 XCADA 24 HRS, NIEGA OTROS CRONICOS, 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 TEGUMENTOS, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, REGION CERVICAL CON DOLOR A LA PALPACION EN REGION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEA IZQUIERDO Y TRAPECIO 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, CONTUSION 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 REEVALUACION CON SU MF

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

SÍ ☐

NO ☒

INTOXICACIÓN POR ENERVANTES

SÍ ☐

NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA?

SÍ ☐

NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

VALORADO EN HOSPITAL IMSS ACANCEH

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SÍ ☒

NO ☐

FECHA DE INICIO

DÍA

MES

AÑO

12

11

2024

NÚMERO DE FOLIO

QT060859

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

2

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:

CONSULTA EXTERNA Y MEDICO DEL TRABAJO

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 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.

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, 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 LLENADO.