



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 MARCELINO GARCÍA BARRAGÁN 208	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO GUADALUPE BORJA, CENTRO, VILLAHERMOSA, TABASCO	
3) CÓDIGO POSTAL 86120	4) TELÉFONO FIJO
5) REGISTRO PATRONAL E756970110	
D.V. 4	

FOLIO: 7281811024232003

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 8195720691		D.V. 5	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) SILVAN BURELO MANUEL ANTONIO		D.V. 4									
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) CREDENCIAL PARA VOTAR				9) CURP SIBM720630HVZLRN04		10) EDAD (AÑOS) 52								
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		12) ESTADO CIVIL CASADO		13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO MANZANA 18 LOTE 5 DEPTO201 LAS ROSAS CENTRO TABASCO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO LAS ROSAS								
ALCALDÍA O MUNICIPIO CENTRO		CIUDAD Y ESTADO TABASCO		CÓDIGO POSTAL 86270	14) TELÉFONO FIJO 9371235553	TELÉFONO CELULAR 9933877953	15) CORREO ELECTRÓNICO luis_calles@hotmail.com	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF NO. 47 DIRRECCIÓN UNIDAD						
17) OOAD (IMSS) TABASCO		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO		19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 08:00 A 16:00		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO						
						DÍA 18		MES 11	AÑO 2024	HORA 12:00	DÍA 18	MES 11	AÑO 2024	HORA 14:00

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

TRAIGE AMARILLO .. PACIENTE MASCULINO 52 AÑOS DE VIDA EL CUAL NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, TOXICOMANÍAS NEGADAS, INMUNIZACIONES COMPLETAS. PA. REFIERE QUE HOY 18/11/2024 APROXIMADAMENTE A LAS 13:00 AL IR MANEJANDO MOTOCICLETA COMO PILOTO EN LAS LABORES DE SU TRABAJO, SE ATRAVIESA PERRO Y CAE DE MOTO CON ARRASTRE EN PAVIMENTO REFIERE QUE SE GOLPEA CABEZA PERO CON CASCO NO PRESENTA PERDIDA DE CONOCIMIENTO, CON DOLOR INTENSO EN CODO DERECHO Y RODILLA DERECHA, CON MÚLTIPLES ESCORIACIONES Y HERIDAS, ADEMÁS DE DOLOR A LOS MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN DEL CUELLO.

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

CONCIENTE, TRANQUILO, GLASGOW 15, NEUROLÓGICAMENTE INTEGRO CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO APARENTE CON DERECHO, CREPITOS Y DEFORMIDAD, RODILLA DERECHA CON DISMINUCIÓN DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD ASÍ COMO DOLOR A LOS MOVIMIENTOS DEL DEDO MEÑIQUE DE MANO IZQUIERDA. DEMÁS SIN ANORMALIDADES.

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

S134, ESGUINES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA CERVICAL, C3, S411, HERIDA DEL BRAZO, CODO DERECHO CON SUTURA. S810, HERIDA DE LA RODILLA, DERECHA. S524, FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO, PBLE.. DERECHO.

25) TRATAMIENTO(S)

AINES., CURACIONES, SUTURAS., ANTIBIOTICO Y MEDIOS FÍSICOS..

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:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SÍ ☒ NO ☐

FECHA DE INICIO

DÍA MES AÑO

18 11 2024

NÚMERO DE FOLIO

UD676325

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

1

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD EN EL TRABAJO

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

GUADALUPE MONSERRAT DOMÍNGUEZ VEGA

32) MATRÍCULA

99286925

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

UMF NO. 47 DIRRECCIÓN UNIDAD - TABASCO

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.

Manuel Antonio Silvan Burelo

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																	
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: TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/> SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: 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		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 AL 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		40) FECHA		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD			
								DÍA		MES		AÑO	