



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: 72818110242432003

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

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 8195720681		D.V. 5	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) SILVAN BURELO MANUEL ANTONIO							
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) CREDENCIAL PARA VOTAR				9) CURP SIBM720630HVZLRN04						
11) SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12) ESTADO CIVIL CASADO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO MANZANA 18 LOTE 5 DEPTO201 LAS ROSAS CENTRO TABASCO			10) EDAD (AÑOS) 52					
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 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, 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 MULTIPLES 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 INTEGRAL CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO APARENTE CON DERECHO , CREPITOS Y DEFORMIDAD, RODILLA DERECHA CON DISMINUCIÓN DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD ASI COMO DOLOR A LOS MOVIMIENTOS DEL DEDO MEÑIQUE DE MANO IZQUIERDA. DEMÁS SIN ANORMALIDADES.											
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE											
S134, ESGUINCES 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 FISICOS..											
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:								
29) INCAPACIDAD INICIAL	AMERITA INCAPACIDAD SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO			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				
		DÍA 18	MES 11	AÑO 2024							
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 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 DESEMPENA 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 DONDE 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							
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 ACEPTE 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

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	40) FECHA		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	
DÍA	MES	AÑO					