



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

0212024HGZ13319

FOLIO: \_\_\_\_\_

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA <b>DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV</b>	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO <b>RÍO ATOYAC #5105</b>	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>EUCALIPTOS, OAXACA DE JUAREZ, OAXACA</b>	
3) CÓDIGO POSTAL <b>68278</b>	4) TELÉFONO FIJO <b>951 688 1371</b>
5) REGISTRO PATRONAL <b>D686521710</b>	
D.V. <b>5</b>	

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>1023031824</b>		D.V. <b>7</b>	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) <b>SIBAJA BENITES OSCAR ARIEL</b>		
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) <b>INE</b>			9) CURP <b>SIBO031110HOCBNSA2</b>		10) EDAD (AÑOS) <b>21</b>
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL <b>CASADO</b>	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO <b>TENOXITITLAN N°3B</b>			COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>AZTECA</b>
ALCALDÍA O MUNICIPIO <b>SAN JACINTO AMILPAS</b>		CIUDAD Y ESTADO <b>OAXACA, OAXACA</b>	CÓDIGO POSTAL <b>68285</b>	14) TELÉFONO FIJO <b>951 178 6558</b>	TELÉFONO CELULAR <b>951 178 6558</b>
15) CORREO ELECTRÓNICO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN <b>38</b>			
17) OOAD (IMSS) <b>21</b>	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>DOMINGO</b>	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE <b>08:30-16:00</b>		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO	
DÍA <b>19</b>		MES <b>11</b>		AÑO <b>2024</b>	
HORA <b>15:40</b>		DÍA <b>19</b>		MES <b>11</b>	
AÑO <b>2024</b>		HORA <b>19:56</b>		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO	

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE  
INICIA SU PADECIMIENTO EL DIA DE HOY A LAS 15:40 HRS MISTRAS REALIZABA LABORES DE SU TRABAJO SE TRASLADA EN MOTOCILETA, CON USO DE CASCO CEFALICO. ES ALCANZADO POR EL LADO DERECHO POR UN ATOMOVIL, LO QUE PROVOCA QUE PIERDA EL EQUILIBRIO, DERRAPA Y CAE SOBR E SU LADO DERECHO, DERRAPA 10 METROS APROXIMADAMENTE, NIEGA PERDIDA DE CONOCIMIENTO, CON DOLOR EN PIERNAS Y MANOS, ES AUXILIADO POR TRANSEUNTES, SE TRASLADA A SU DOMICILIO, POSTERIORMENTE ACUDE A ESTA HOSPITAL, SE REFIERE CON DOLOR Y ARDOR EN BRAZO DERECHO, DOLOR EN MANO IZQUIERDA, EN PIERNA Y CADERA LADO DERECHO Y LIMITACION PARA LOS MOVIMIENTOS DE FLEXION, MOTIVO POR EL QUE ACUDE.

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE  
DESPIERTO, CONCIENTE, ORIENTADO EN SUS ESFERAS COOPERADOR, NORMOCEFALO, OJOS SIMETRICOS, PUPILAS REACTIVAS DE MANERA NORMAL A LA LUZ, MUCOSA ORAL HIDRATADA CUELLO, CON DOLOR A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO EN ULTIMOS GRADOS, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, ABDOMEN SIN DATOS PATOLOGICOS, EXTREMIDADES INTEGRAS SIMETRICAS, SUPERIORE LADO IZQUIERDO CON DOLOR REGION DE PALPA DE LA MANO, A LA PLAPACION ARCOS DE MOVIMIENTO COMPLETOS, FUNCION DE PRENSION CONSERVADA, LADO DERECHO CON DERMOABRASION SUPERFICIAL, FUERZA CONSERVADA, ARCOS DE MOVIMIENTO COMPLETOS, EN REGION DE CADERA CON DOLOR A LA PALPACION DE LADO DERECHO, ARCOS DE MOVIMIENTO LIMITADOS POR DOLOR, DERMOABRACION SUPERFICIAL, LLENADO CAPILAR INMEDIATO, EN REGION DE RODILLA LADO IQUIERDO CON DERMABRASION QUE PARCA PIEL, DE 10 CM DE DIAMETRO, MOVIMIENTO COMPLETOS, FUERZA CONSERVADA, LLENADO CAPILAR INMEDIATO.

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE  
ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA CERVICAL  
S700 - CONTUSION DE LA CADERA  
POLICONTUNDIDO.

25) TRATAMIENTO(S)  
MEDICAMENTOS  
-PARACETAMOL 500 MG TOMAR CADA 8 HRS POR 3 DIAS  
-DICLOFENACO 100 MG TOMA CADA 12 HRS POR 5 DIAS  
USO DE COLLARIN POR 1 SEMANA

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 EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:  
NINGUNO

29) INCAPACIDAD INICIAL <b>SI</b>	AMERITA INCAPACIDAD SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO			NÚMERO DE FOLIO <b>MS 373932</b>	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS <b>2</b>	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: <b>SALUD EN EL TRABAJO / MEDICO FAMILIAR</b>
		DÍA <b>19</b>	MES <b>11</b>	AÑO <b>2024</b>			

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE <b>DANIEL SANTOS RAMIREZ</b>	32) MATRÍCULA <b>98214857</b>	33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD <b>21</b>
---	----------------------------------	---------------------------------------

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.

**SIBAJA BENITES OSCAR ARIEL**

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			
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE				DÍA		MES		AÑO		HORA		19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES)			
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"/>					
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 RESPECTIVA											
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					