



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y  
CALIFICACION DE PROBABLE  
RIESGO DE TRABAJO ST-7

ST-7

DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA ARNECOM	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO Boulevard Belisario Dávila Cariz. Juan	
3) CODIGO POSTAL 2910000	
4) TELEFONO (LADA) 9611088184	
5) REGISTRO PATRONAL Y168113217103	

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 0107520223018		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) Ramírez González Ángel		8) IDENTIFICACION OFICIAL, especificando CFAN 0864291145403	
9) CURP G U I E L L A H I C I S M I D Y 1 0 4 1 5					
10) EDAD (AÑOS) 22	11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL Soltero	13) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO 3ra Av Sur Poniente #814		15) CODIGO POSTAL Centro
14) TELEFONO 9613702262					
15) CODIGO POSTAL 291000					
16) LMF DE ADSCRIPCION 13		17) DELEGACION (IMSS) 5 Mayo		18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DIA MES AÑO HORA 13 11 20 21 15:31	
19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA DIA MES AÑO HORA 13 11 20 21 16:01					

20) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD DESORDEN LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS  
Refiere que se dirigia a su centro de trabajo y al ir caminando se resbaló y sufrió caída de su propia altura golpeandose el codo y en cabeza.

21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION  
No sufrió pérdida del estado de alerta.  
Presenta marco clinicamente, craneo sin endostosis ni exostosis neurologicamente integro, dolor a la movilización de columna cervical. C Rx sin evidencia de lesión ósea).

22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL  
Cervicalgia Postraumatica

23) TRATAMIENTO(S)  
Calor local Control C.E Med. fam  
Naproxeno 2 tab c/12 hrs Cita abierta a vigilancia

24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)  
INTOXICACION ALCOHOLICA SI  NO  INTOXICACION POR ENERVANTES SI  NO  OTROS DESCRIPCION

25) OTRAS CONDICIONES  
HUBO RIÑA SI  NO  EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI  NO  SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROMOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE

26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE  
Ninguna

27) INCAPACIDAD INICIAL	AMERITA INCAPACIDAD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO 13 11 20 21	No. DE FOLIO 451787708	No. DE DIAS AUTORIZADO 131	28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE Med. fam
-------------------------	---	---	---------------------------	-------------------------------	--

29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE  
Luis S. Hernandez Hernandez MATRICULA 5103219327918 FIRMA (MEDICO TRATANTE) *[Firma]*

30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION  
5 Mayo W-5

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUI ASENTADOS SON VERDADEROS

Ramírez González Ángel TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)  
CORZO RAMÍREZ BERNARDO FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)  
TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)

**DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)**

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA <b>ARNECOM</b>		2) ACTIVIDAD O GIRO <b>Autocintas</b>		3) REGISTRO PATRONAL <b>4621321171103</b>	
4) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO <b>Boulevard Belisario Navez, Calz. Juan</b>		COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>1er. Bugambilias</b>			
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>Tuxtla Gutierrez, Chiapas</b>		5) CODIGO POSTAL <b>29000</b>	6) TELEFONO (LADA) <b>9611080804</b>	6) CORREO ELECTRONICO	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR <b>Ramirez Gonzalez Angel</b>		8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>80752022308</b>		9) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO <b>3ra Av Sur poniente #819</b>	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>Centro</b>		DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>Tuxtla Gutierrez, Chiapas</b>		10) CODIGO POSTAL <b>29000</b>	
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <b>Auxiliar de mantenimiento</b>		12) ANTIGUEDAD EN LA OCUPACION <b>1 año</b>		13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>02/11/21</b>	
14) SALARIO DIARIO <b>113.3</b>		15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS) <b>6340580293</b>		16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) <b>050000010020</b>	
17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE <b>16:00</b>		18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <b>13</b> MES: <b>11</b> AÑO: <b>2021</b> HORA: <b>15:31</b>		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <b>13</b> MES: <b>11</b> AÑO: <b>2021</b> HORA: <b>15:31</b>	
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> EN UNA COMISION <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/>					
21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD(ES) DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS <b>Refiere que se dirigia a su centro de trabajo, caminando se resbalo y sufrio una caida de su propia altura golpeandose codo y cabeza.                  No sufrio perdida de conciencia.</b>					
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <b>Erica Maldonado Revuelto Recursos Humanos</b>			23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <b>13</b> MES: <b>11</b> AÑO: <b>2021</b> HORA: <b>15:35</b>		
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE <b>Corzo Dominguez Bernardo. Sur poniente #576</b>					
25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO					
26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA					
27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES					
28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL <b>Dominguez Martinez Reynaldo</b>			29) LUGAR Y FECHA <b>Tuxtla Gutierrez Chiapas. 13/11/2021</b>		
30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL 			31) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA		

**DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)**

32) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD <b>Cervicalgia Postraumatica</b>				34) UNIDAD MEDICA <b>5/mayo</b>	
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION					
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN <b>Elous Chivardi Hernandez</b>		36) MATRICULA IMSS <b>50379327908</b>		37) LUGAR Y FECHA DIA: <b>13</b> MES: <b>11</b> AÑO: <b>2021</b>	
38) DELEGACION <b>05</b>		39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA 			

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA IST-7 **Ramirez Gonzalez Angel** FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL  
FECHA: **13/11/2021**