



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y
CALIFICACION DE PROBABLE
RIESGO DE TRABAJO 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 Dominguez Cariz, Juan

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO
Las Bugambillas, Tuxtla, Gtz, Chiapas

3) CODIGO POSTAL
291010

4) TELEFONO (LADA)
96110881814

5) REGISTRO PATRONAL
46811321171103

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
8075202213108

7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
Ramirez Gonzalez Angel

8) IDENTIFICACION OFICIAL ESPECIFICAR
CIFAN) 0864291145403

9) CURP
G U I F I I A H I C S I M R Y 1 0 4 1 S

10) EDAD (AÑOS)
22

11) SEXO
M

12) ESTADO CIVIL
Soltero

13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO
3ra Av Sur Poniente A B 14

COLONIA O FRACCIONAMIENTO
Centro

14) TELEFONO
96113702262

15) CODIGO POSTAL
291010

16) UMF DE ADSCRIPCION
13

17) DELEGACION (IMSS)
5 Mayo

18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO
13 11 20 21 15:31

19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA
3 11 20 21 16:00

20) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE. EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR 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 resbalo y sufrio caida de su propia altura golpeandose el codo y en cabeza.

No sufrio perdida del estado de alerta.

21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION
Presenta mareo clinicamente, craneo sin endostosis ni exostosis neurologicamente integro, dolor a la movilizacion de columna cervical. C Rx sin evidencia de lesion osea).

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

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

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

25) OTRAS CONDICIONES
HUBO RIÑA **SI** **NO** EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION **SI** **NO**

26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE
Ninguna

27) INCAPACIDAD INICIAL
AMERITA INCAPACIDAD **SI** **NO**

FECHA DE INICIO
DIA **13** MES **11** AÑO **2021**

No. DE FOLIO
45787798

No. DE DIAS AUTORIZADO
13

28) SE ENVA PACIENTE AL SERVICIO DE
Med. fam

29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE
Aurora Fierro Luna Dominguez Mtz

MATRICULA
5032432798

FIRMA (MEDICO TRATANTE)
[Firma]

30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION
5 Mayo U.S

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

Ramirez Gonzalez Angel TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)

Corzo Ramirez Bernardo TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE

DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO

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 ARNECOM		2) ACTIVIDAD O GIRO Autopartes		3) REGISTRO PATRONAL 7/6/2013/21/10/3	
4) DOMICILIO CALLE Y NUMERO Boulevard Belisario Alvarez Calz. Jacin		5) TELEFONO (LADA) 168 8181		6) CORREO ELECTRONICO	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO Tuxtla Gutierrez, Chiapas		CODIGO POSTAL 29000		7) NOMBRE DEL TRABAJADOR Pamirez Gonzalez Angel	
8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 80352022308		9) DOMICILIO CALLE Y NUMERO 3ra Av Sur poniente #819		10) CODIGO POSTAL 29000	
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD Auxiliar de mantenimiento		12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION 1 año		13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE 02/11/21	
14) SALARIO DIARIO 113.3		15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS) 63405810293		16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) 050000010020	
17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE 16:00		18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: 13 MES: 11 AÑO: 2021 HORA: 15:31		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: 13 MES: 11 AÑO: 2021 HORA: 15:31	
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 Retire 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.					
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD Feria Maldonado Reynaldo Recursos Humanos			23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: 13 MES: 11 AÑO: 2021 HORA: 15:30		
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE Corzo Dominguez Bernardo. Sur poniente #576					
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 Dominguez Martinez Reynaldo			29) LUGAR Y FECHA Tuxtla Gutierrez Chiapas. 13/11/2021		
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 Cervicalgia Posttraumatica					
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION					34) UNIDAD MEDICA 5/metro
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN Aurora Fier y Luna Dominguez Mtz		36) MATRICULA IMSS 50329327908		37) LUGAR Y FECHA 13/11/2021	
38) DELEGACION 05		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 HABILIS SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7	<u>Pamirez Gonzalez Angel</u> FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FECHA 13/11/2021
-------------------	---	-------------------------