



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 VERDAD DE VERDAD DE DEBERECIA

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA  
**ARNECOM**  
2) COMPLETO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO  
**B. Belisario dom. Calz. Juan Cuspin**  
3) COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO  
**Las Bugambillas Tuxtla Gtz. Chi.**  
4) TELEFONO (LADA)  
**29 0 0 0 9 6 1 1 0 8 1 8 1 8 1 9**  
5) REGISTRO PATRONAL  
**5 8 7 6 5 9 5 2 0 3 5**

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL  
**5 0 7 9 3 2 1 4 1 8 1 9 1 5**  
7) APELLIDO (PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S))  
**Hernandez Flores Luis**  
8) CURP  
**L H B S 1 8 0 0 5 2 1 4 M L V S P 0 1 5**  
10) EDAD (AÑOS) 11) SEXO M  F   
12) ESTADO CIVIL  
**casado**  
13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO  
**3ra AV. 301**  
14) TELEFONO  
**poniente**  
15) COLONIA O FRACCIONAMIENTO  
**centro**  
16) UNIF DE ADSORCION 17) DELEGACION (IMSS)  
**1 3 5 de mayo**  
18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO  
**1 3 1 1 2 0 2 1 1 2 0 1 3**  
19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA  
**1 3 1 1 2 0 2 1 1 2 0 1 3**  
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)  
**el dia 12 de noviembre a las 3:00 pm el señor Luis Hernandez Flores sufrio un accidente con sus piezas, le cae una pieza de cutumoni y hace que se fracture el radio**

21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION  
**Presenta dolor en su brazo izquierdo, presenta hematomas y tambien presenta una fractura de radio oblicua (lesion osea)**

22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL  
**Fractura oblicua de radio**

23) TRATAMIENTO(S)  
**Tx Quirurgico**

24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)  
INTOXICACION ALCOHOLICA SI  NO   
25) OTRAS CONDICIONES  
HUBO RINA SI  NO   
EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI  NO   
INTOXICACION POR ENERVANTES SI  NO   
OTROS: DESCRIPCION  
**ninguna**  
SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE  
**no**

26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL ESPECIFIQUE  
**No, no hubo atencion previa.**  
27) INCAPACIDAD AMERITA INCAPACIDAD SI  NO   
FECHA DE INICIO  
DIA MES AÑO  
**1 3 1 1 2 0 2 1**  
No. DE FOLIO  
**2 0 1 9 6 8 9 1 0 1 0 1 5**  
28) SE ENVA PACIENTE AL SERVICIO DE  
**Med. Catafona**  
29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE  
**María Mercedes Moragón**  
MATRICULA  
**5 8 9 1 0 0 5 5 6 7**  
30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION  
**HGZM NS**

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

TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)  
  
FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)  
  
TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE: **932 005 4405**  
DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO: **961 032 0A05**



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: **Hernandez Hernandez Francisco**  
 2) ACTIVIDAD O SERVO: **510841051011**  
 3) RECIBITRO PATRONAL: **510841051011**  
 4) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO: **Carretera dom. de Chapa Flores**  
 5) TELEFONO (LADA): **Las Bugumbillas**  
 6) CORREO ELECTRONICO: **ARNECOM@Hotmail.com**  
 7) NOMBRE DEL TRABAJADOR: **Mercedes**  
 8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: **507937148195**  
 9) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO: **Las Bugumbillas s/n**  
 10) CIUDAD Y ESTADO: **Chapa, Chiapas**  
 11) OCCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: **Trabajadora de cajas**  
 12) ANTIGUEDAD EN LA OCCUPACION: **3 años**  
 13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE: **Subidos**  
 14) SALARIO CUARTO: **\$500**  
 15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS): **019010156719**  
 16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ASCRIPCION (TRABAJADOR IMSS): **010910**  
 17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE: **8:51 A.M.**  
 18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: **13/11/2021 10:00**  
 19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: **13/11/2021 10:00**  
 20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA: **Estaba arreglando la pieza de Scorblo de los Trabajadores.**  
 21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDADES: DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS: **EN TRAYECTO A SU DOMICILIO**

22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: **Hernandez Hernandez Francisco**  
 23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: **13/11/2021 10:00**  
 24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE: **villarreal Hernandez Juan Frac. real del bosque**  
 25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO: **FRAC. REAL DEL BOSQUE**  
 26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA: **NINGUNA**  
 27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES: **NINGUNA**  
 28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL: **Hernandez Hernandez Francisco**  
 29) LUGAR Y FECHA: **ARNECOM 13-11-2021**  
 30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL: **[Firma]**

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

32) DIAGNOSTICO NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD: **Fractura oblicua de radio izquierdo**  
 33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION: **01511**  
 34) UNIDAD MEDICA: **01511**  
 35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN: **Mercedes Merced**  
 36) MATRICULA IMSS: **030303030303**  
 37) LUGAR Y FECHA: **13/11/2021**  
 38) DELEGACION: **210**  
 39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: **SI**  **NO**   
 40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO: **SI**  **NO**   
 41) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: **SI**  **NO**   
 42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA: **[Firma]**

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