



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
Cia Azucarera Lefe, S.A de C.V

2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO
Central Azucarera S/N

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO
Col. centro, San Francisco Puyultic Chis

3) CODIGO POSTAL
3113110

4) TELEFONO (LADA)
91611271671813

5) REGISTRO PATRONAL
224011211871619

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
4119862432011

7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
Nieta Sanchez Alejandra

8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)
NTSNAL99020507M800

9) CURP
N11SIA990205MCSITN11017

10) EDAD (AÑOS)
22

11) SEXO
M F

12) ESTADO CIVIL
Soltera

13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO
C. Fernando Amilpa 3

COLONIA O FRACCIONAMIENTO
Col. obrera

DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO
Venustiano Carranza Chiapas

14) TELEFONO
9161122511283103110

15) CODIGO POSTAL
3113110

16) UMF DE ADESCRIPCION
S.F. Puyultic #8

17) DELEGACION (IMSS)
S.F. Puyultic #8

18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO
DIA MES AÑO HORA
15 11 20 16:00

19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA
DIA MES AÑO HORA
16 11 20 10:00

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

Se encontraba martillando una madera en el area de trabajo para realizar un andamio, al ejercer el ultimo golpe no le dio al clavo, el martillo resbalo y se golpco el dedo meñique, se encontraba en el turno de 2:00pm-10:00pm.

21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION

Llego presentando edema, dolor punzante, hematoma, refirio que no podia mover el dedo, al explorarla encontramos dedo inflamado con una fractura cerrada.

22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL

Realizamos Radiografia de mano derecha y encontramos una fractura lineal en dedo meñique.

23) TRATAMIENTO(S)

- Inmovilización con ferula de
- Diclofenaco C/8hrs por 3 dias.

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 PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE

26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE

27) INCAPACIDAD INICIAL AMERITA INCAPACIDAD SI NO

FECHA DE INICIO
DIA MES AÑO
16 11 20

No. DE FOLIO
1124038211

No. DE DIAS AUTORIZADO
60

28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE
Traumatologia

29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE
Dra. Debora Nieta Sanchez

MATRICULA
20118111146152

FIRMA (MEDICO TRATANTE)

30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION
S.F. Puyultic

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

Alejandro Nieta Sanchez. Alejandro Sanchez. Angel Lopez ponce

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

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE: C.fernando Amilpa 3. Col. obrera. 9612345028

REPRODUCCIONES GRATUITAS

