



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 Coppel	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO Paseo central S/N	
3) CODIGO POSTAL 7777110	
4) TELEFONO (LADA) 98411091637	
5) REGISTRO PATRONAL 1121423185671910	

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 91806083439	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) Merida Ortiz Viridiana	8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR) MRQRVR9901223M800
--	--	--

9) CURP MEOV990122MQRRR05

10) EDAD (AÑOS) 22	11) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL Soltera	13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO AV 10 NTE / Escutia y MOCA, M47, L34	14) TELEFONO 984215610377727	15) CODIGO POSTAL COLONIA O FRACCIONAMIENTO COL. NICTE-HA
-----------------------	--	-----------------------------	---	---------------------------------	---

16) UMF DE ADSCRIPCION Playa Del Carmen #18	17) DELEGACION (IMSS) Playa Del Carmen #18	18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DIA MES AÑO HORA 17 11 2021 11:34	19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA DIA MES AÑO HORA 18 11 2021 14:10
--	---	--	---

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

La trabajadora se encontraba en su área correspondiente en la tienda ordenando los productos, se encontraba sobre una escalera y esta se resbaló por lo tanto cayó desde 2m. de altura, cayendo sobre su brazo derecho, lesionando hombro, clavícula y cabeza sin pérdida de la conciencia.

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

Llega presentando fuerte dolor en clavícula derecha, irradiado al hombro y todo el brazo derecho, al examinarla encontramos hematoma en la zona e inflamación, refiere que el dolor comenzó desde el día de la caída, todo el brazo se encuentra inflamado y adolorido.

22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL

Ordenamos Radiografía de clavícula y hombro derecho AP y lateral. encontramos una fractura transversa en la clavícula derecha.

23) TRATAMIENTO(S)

- Inmovilización con férula
- Naproxeno c/12h por 3 días.

24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UN X)	OTROS DESCRIPCION
INTOXICACION AL COHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

25) OTRAS CONDICIONES	SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE
HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE

27) INCAPACIDAD INICIAL	AMERITA INCAPACIDAD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO 18 11 2021	No. DE FOLIO 114281610	No. DE DIAS AUTORIZADO 30	28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE Traumatología
-------------------------	--	--	---------------------------	------------------------------	---

29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE Dr. Angel Gerardo Valdez Cuxim	MATRICULA 2690821224	FIRMA (MEDICO TRATANTE)	30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION IMSS #18
--	-------------------------	-------------------------	--

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

Viridiana Merida Ortiz (TRABAJADOR)
Eusebio Merida Betaza (FAMILIAR O REPRESENTANTE)
Debora Nieto Sanchez (TESTIGO)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE: M247 LT34 AV 10 NICTE-HA 9841383754