

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 COMISION FEDERAL DE ELECTRICIDAD				2) ACTIVIDAD O GIRO DISTR. Y VENTA DE ENERGIA ELECTRICA				3) REGISTRO PATRONAL C B D A 3 4 1 1 5 0 4											
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO AV VENTURA PUENTE 324				COLONIA O FRACCIONAMIENTO VIVEROS															
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO CIUDAD DE MEXICO				CODIGO POSTAL 0 1 0 2 0		5) TELEFONO (LADA) 5 5 1 3 2 2 3 1 7 2		6) CORREO ELECTRONICO memlr29@gmail.com											
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR GUILLERMO LOPEZ RUIZ				8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 5 5 5 5 0 1 2 3 4 5 6				9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO PLAYAS DE CATAZAJÁ 11											
COLONIA O FRACCIONAMIENTO SANTA ÚRSULA				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO CIUDAD DE MEXICO				10) CODIGO POSTAL 0 1 0 9 0											
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD ALBAÑIL				12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION 7 MESES		13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO		14) SALARIO DIARIO \$ 555.80											
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS) 5 5 5 5 0 1 2 3 4 5				16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) 6 B 1 1 0 0 3 - 0 1 7				17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE 08:00 AM - 2:00 PM		EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL -----									
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA 1 6		MES 0 4		AÑO 2 0 2 0		HORA 12: 24 PM		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA 1 6		MES 0 4		AÑO 2 0 2 0		HORA 12: 44 PM	
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> EN UNA COMISION <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input 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 AL AYUDAR A UN COMPAÑERO QUE LE PIDIÓ VERIFICAR LA CLAVIJA PARA "VER PORQUE NO PRENDÍA" NO HABÍAN APAGADO EL APARATO Y EL TRABAJADOR HIZO LA OPERACIÓN SIN GUANTES PORQUE "SE LE HIZO FÁCIL" Y AL CONECTAR PROVOCÓ UN ARCO ELECTRICO ALCANZANDOLE A LA MANO SOLO LA FLAMA DE DICHO ARCO. EL TRABAJADOR HASTA 20 MINUTOS DESPUÉS QUE SENTIÓ LA QUEMADURA AVISÓ Y SE LE PERMITIÓ QUE FUERA POR ATENCIÓN MÉDICA																			
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD MANUEL ZAMORA VILLAGOMEZ, RESIDENTE GRAL DE LA FÁBRICA DE POSTES										23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: 1 6 MES: 0 4 AÑO: 2 0 2 0 HORA: 2:06 PM									
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE ALEJANDRO REYES, ROBERTO GONZÁLEZ CANTÚ, RANULFO ARROYO AGUILAR																			
25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO ATENDIDO DE PRIMERA INSTANCIA POR EL IMSS																			
26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA NINGUNO																			
27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES EL TRBAJADOR A PESAR DE CONTAR CON EL EQUIPO DE SEGURIDAD ADECUADO NO LO UTILIZÓ Y NO SIGUIÓ EL PROCEDIMIENTO DE REVISAR QUE EL EQUIPO ESTÉ APAGADO MIENTRAS HACE MANIPULACION DE LA INSTALACIÓN ELECTRICA																			
28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL L.A.E. MARTHA GUADALUPE SILVA REYES										29) LUGAR Y FECHA CIUDAD DE MÉXICO A 17 DE ABRIL DEL 2020									
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																	
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION										34) UNIDAD MEDICA							
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				36) MATRICULA IMSS				37) LUGAR Y FECHA		DIA		MES		AÑO		38) DELEGACION	
39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO		SI <input 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 HABILDES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: _____

BIBLIOGRAFÍA

-<https://slideplayer.es/slide/2685969/>

-Estructura e información para elaboración tomada de las diapositivas de clase