

**Universidad del Sureste.**  
**Campus Tuxtla Gutiérrez.**

**Iris Rubí Vázquez Ramírez.**  
**Lic. En medicina humana.**  
**Quinto semestre.**

**Actividad 5: incapacidad**  
**Medicina del trabajo.**  
**Dra. Mónica Gordillo Rendón.**

**Viernes 18 de noviembre del 2022.**



**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 MARCELO TORRES OZEGUERA	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO C. LAS VIOLETAS 19	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO COL. CENTRO, PALENQUE, CHIAPAS	
3) CODIGO POSTAL 2 9 9 6 0	4) TELEFONO (LADA) 9 1 6 8 9 5 4 4 1 0
5) REGISTRO PATRONAL	

**PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA**

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 7 2 7 9 5 6 0 8 0 4 0		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) SANCHEZ SANTOS OSCAR		8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)	
9) CURP S A S O 7 5 0 9 0 9 H D F N N S 0 5					
10) EDAD (AÑOS) 4 7		11) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		12) ESTADO CIVIL CASADO	
13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO C. LA MIELERA SN				COLONIA O FRACCIONAMIENTO FRAC. POMOCA	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO PALENQUE, CHIAPAS.				14) TELEFONO 9 1 6 4 5 5 0 3 7 2	
15) CODIGO POSTAL 2 9 9 6 0		16) UMF DE ADSCRIPCION 45			
17) DELEGACION (IMSS) PALENQUE		18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO		19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA	
DIA 1 0		MES 1 1		AÑO 2 0 2 2	
HORA 11:45		DIA 1 0		MES 1 1	
AÑO 2 0 2 2		HORA 13:55			
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 EXPOSICION SARS COV 2 POR CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES EN UN TIEMPO APROXIMADO DE 3 MESES					
21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION EL PACIENTE SE HA ENCONTRADO EXPUESTO A ESTE AGENTE DESDE APROXIMADAMENTE HACE 3 MESES DESDE QUE INICIO SU CONTRATO LABORAL EN EL AREA DE COVID DE LA UNIDAD MEDICA: HOSPITAL REGIONAL PALENQUE. EXPRESA SEGUIR TODAS LAS NORMAS DE SEGURIDAD, SIN EMBARGO, NO LO HACE EXCENTO DE CONTRAER EL AGENTE CAUSAL.					
22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL COVID-19 POR SARS COV 2 CON AFCTACION LEVE EN PULMONES					
23) TRATAMIENTO(S) SE RECOMIENDA REPOSO Y AISLAMIENTO POR 20 DIAS, CONTINUAR CON MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIOS.					
24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACION ALCOHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				OTROS: DESCRIPCION	
25) OTRAS CONDICIONES HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE	
26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE NINGUNA					
27) INCAPACIDAD INICIAL AMERITA INCAPACIDAD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO DIA 1 0 MES 1 1 AÑO 2 0 2 2		No. DE FOLIO 0 0 0 0 3 6 2 7 No. DE DIAS AUTORIZADO 0 2 0	
29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE LUIS ENRIQUE TOLEDO PEREZ		MATRICULA 1 5 3 8 2 7 7 0 3 3		FIRMA (MEDICO TRATANTE)	
				30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION UMF 45, PALENQUE	

**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: _____		
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				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL							
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO											
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				CODIGO POSTAL		5) TELEFONO (LADA)				6) CORREO ELECTRONICO					
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR				8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO							
COLONIA O FRACCIONAMIENTO				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				10) CODIGO POSTAL							
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD				12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION				13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE				14) SALARIO DIARIO			
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)				16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)				17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE				EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL			
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA	MES	AÑO		HORA		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA	MES	AÑO		HORA	
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 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															
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD								23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD							
								DIA		MES		AÑO		HORA	
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE															
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								29) LUGAR Y FECHA							
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				40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO				41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO				42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											

**NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABLES 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: \_\_\_\_\_

**Referencias bibliográficas:**

Formato ST-7, "Aviso de Atención médica inicial y Calificación de Probable Accidente de Trabajo"

[http://legismex.mty.itesm.mx/instruc/imss/Formato\\_ST7\\_09ene08.pdf](http://legismex.mty.itesm.mx/instruc/imss/Formato_ST7_09ene08.pdf)