



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y
CALIFICACION DE PROBABLE
RIESGO DE TRABAJO ST-7

DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	Andres Perez Perez
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO	Calle los mangos # 300
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	Tuxtla
3) CODIGO POSTAL	29050
4) TELEFONO (LADA)	9613247114
5) REGISTRO PATRONAL	A324FL3447E

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	43326689121	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	Castañon Lopez Sandra	8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)		
9) CURP	C L S 2 6 1 0 8 8 4 2 2 2 1 0 F T					
10) EDAD (AÑOS)	30	11) SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL	Casado	
13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO	Los Laureles # 34		COLONIA O FRACCIONAMIENTO Bueno Aires			
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	Tuxtla Gutierrez Chiapas.		14) TELEFONO	9613324521	15) CODIGO POSTAL	29230
16) UMF DE ADSCRIPCION	Belizavio	17) DELEGACION (IMSS)	Petromex	18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO	DIA MES AÑO HORA 20 01 2022 9:00	
19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA	DIA MES AÑO HORA 20 01 2022 11:00					
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						
El accidente se llevo a cabo en el trabajo, el accidentado en cuestión refiere haber tropezado con una llave de agua.						
21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION						
Fractura de Húmero, con hematomas y dolor susceptible al tacto, aproximadamente de 5cm de largo.						
22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL						
Fractura de humero por caída						
23) TRATAMIENTO(S)						
Tx Quirurgico Para el dolor y la inflamación Ibuprofeno 500mg. 1 tableta cada 8 horas. x 4 dias.						
24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)					OTROS: DESCRIPCION	
INTOXICACION ALCOHOLICA 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		FECHA DE INICIO		No. DE FOLIO		No. DE DIAS AUTORIZADO
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DIA MES AÑO 20 01 2022		439204		010
28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE						
Urgencias.						
29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE			MATRICULA		FIRMA (MEDICO TRATANTE)	
Yannick Harber Navcia.			31856A7003C			
30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION						
033 - 40						
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: 961-339-4030						
DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO: 961-445-3310						

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 Andres Perez Perez		2) ACTIVIDAD O GIRO Vendedor de Agua		3) REGISTRO PATRONAL A/3/24/E/1/3/44/7/E	
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO Calle los mangos # 300		COLONIA O FRACCIONAMIENTO Tuxtla			
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO Tuxtla Gutierrez Chiapas		CODIGO POSTAL 29050		5) TELEFONO (LADA) 9613247114	
6) CORREO ELECTRONICO Perez_A77@hotmail.com					
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR Sandra Castañon Lopez		8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 43326689121		9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO Los Laureles # 34	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO Buenos Aires		DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO Tuxtla Gutierrez Chiapas		10) CODIGO POSTAL 29230	
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD Lavador de Garrakones		12) ANTIGUEDAD EN LA OCUPACION 5 Años		13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE Ninguno	
14) SALARIO DIARIO 300 \$					
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS) 03921ACH101		16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) H/H/3/2/3/H/5/20/0/H/1		17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE 7:00 AM - 3:00 PM	
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: 20 MES: 01 AÑO: 2022 HORA: 9:00		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: 20 MES: 01 AÑO: 2022 HORA: 9:00		EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL	
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA					
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 Area de Lavado de garrakones, trapeo con las llaves de Paso del Agua.					
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD Arvelo Jovenias Matias Gutierrez			23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: 20 MES: 01 AÑO: 2022 HORA: 9:00		
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE Arvelo Jovenias Matias Gutierrez Av. Central entre calle nocturna y abarawayá					
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 Accidente porque no se fijo con llave un llave de paso.					
28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL Andres Perez Perez			29) LUGAR Y FECHA Calle los mangos 20/01/2022		
30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL <i>[Firma]</i>			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	
38) DELEGACION		39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO		40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		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 HABILES 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: _____	