



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 <b>Nicols Castillo Perez</b>	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO <b>Callejon Las mangos, Calle Los Angeles</b>	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>Colonia Teraín, Tuxtla Gutierrez, Chiapas.</b>	
3) CODIGO POSTAL <b>2 9 0 5 0</b>	4) TELEFONO (LADA) <b>9 6 1 3 3 0 1 1 5 3</b>
5) REGISTRO PATRONAL <b>5 9 0 1 6 9 7 1 1 0 2</b>	

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

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>1 8 1 9 1 0 1 9 6 4 2</b>				7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) <b>Ricardo Sanchez Garcia</b>				8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR) <b>Mexicano</b>													
9) CURP <b>1 0 1 5 2 2 5 4 2 1 1 0 2 1 3 3 1 2</b>																					
10) EDAD (AÑOS) <b>2 9</b>		11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		12) ESTADO CIVIL <b>Casado</b>		13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO <b>Calle paso Limón #541</b>				COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>Loma bonita</b>											
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>Tuxtla Gutierrez, Chiapas</b>						14) TELEFONO <b>9 6 1 0 0 5 8 8 9 9</b>				15) CODIGO POSTAL <b>2 9 5 8 1</b>											
16) UMF DE ADSCRIPCION <b>2</b>		17) DELEGACION (IMSS) <b>5 de mayo</b>		18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO				19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA													
				DIA <b>0 1</b>		MES <b>1 2</b>		AÑO <b>2 0 2 2</b>		HORA <b>5:00 PM</b>		DIA <b>0 5</b>		MES <b>1 2</b>		AÑO <b>2 0 2 2</b>		HORA <b>2:00 PM</b>			
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 <b>En la zona de fundicion, exposicion a alta Temperaturas. Provocando Quemaduras de 3º grado</b>																					
21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION <b>Lesiones de 3er grado, Papulas en el Area de la mano y cuello con quemadura de 1er grado con un diametro de 3 a 4 cm.</b>																					
22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL <b>Quemadura de 2do y 3er grado, Etiologia Alta Temperatura y falta de movilidad</b>																					
23) TRATAMIENTO(S) <b>Lavado quirurgico 2-3 veces al dia, tomar Cefalosporina 4ta generacion (cefazona)</b>																					
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 <b>N/a</b>									
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 <b>N/a</b>									
26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE <b>N/a</b>																					
27) INCAPACIDAD INICIAL <b>N/a</b>		AMERITA INCAPACIDAD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO DIA <b>2 8</b> MES <b>1 1</b> AÑO <b>2 0 2 2</b>				No. DE FOLIO <b>0 1 2 6 9 8 0 2</b>				No. DE DIAS AUTORIZADO <b>0 3 0</b>		28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE <b>Urgencias</b>							
29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE <b>Dereck Harpes Narcia</b>						MATRICULA <b>0 1 3 6 8 9 1 2 0 3</b>				FIRMA (MEDICO TRATANTE) 				30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION <b>05 de mayo IMSS</b>							



**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**

 <b>Ricardo Sanchez Garcia</b> TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)	 <b>Marbella Lopez Garcia</b> FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)	 <b>Gabriela Maldonado Fierro</b> TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)
---	--	---


DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE: **Calle paso Limón #541 9610058899**

DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO: **Calle Los Almendras #659**

**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 <b>Nicols Castillo Perez</b>				2) ACTIVIDAD O GIRO <b>Joyero</b>				3) REGISTRO PATRONAL <b>50111258653</b>			
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO <b>Calle Los Angeles, calle Jon Los Mangos #190</b>				COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>Terán</b>							
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>Tuxtla Gutierrez, Chiapas</b>				CODIGO POSTAL <b>29050</b>		5) TELEFONO (LADA) <b>9613301153</b>		6) CORREO ELECTRONICO <b>Nicols.ov@hotmail.com</b>			
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR <b>Ricardo Sanchez Garcia</b>				8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>59081125891</b>				9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO <b>Calle Paso Limon #541</b>			
COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>Solidaridad</b>				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>Tuxtla Gutierrez, Chiapas</b>				10) CODIGO POSTAL <b>28981</b>			
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <b>Joyero</b>				12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION <b>5 años</b>		13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>02/12/22</b>		14) SALARIO DIARIO <b>\$930</b>			
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS) <b>1052315321</b>		16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) <b>531567861363</b>				17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE <b>6:00am - 2:00pm</b>		EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL <b>6:00am - 12:00pm</b>			
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <b>01</b> MES: <b>12</b> AÑO: <b>2022</b> HORA: <b>3:00pm</b>		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <b>02</b> MES: <b>12</b> AÑO: <b>2022</b> HORA: <b>5:00pm</b>									
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 <b>En el Area de producción, en los hornos de Alta temperatura</b>											
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <b>Joyero</b>						23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <b>01</b> MES: <b>12</b> AÑO: <b>2022</b> HORA: <b>3:00pm</b>					
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE <b>Mauricio Pineda Priego</b> <b>Privada San Patricio, Club Campestre</b>											
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 <b>La persona contaba con su material de protección pero no lo tenia en uso</b>											
28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL <b>Nicols Castillo Perez</b>						29) LUGAR Y FECHA <b>Plaza Santa Elena 01/12/22</b>					
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 <b>Quemadura de 2do y 3er grado, Etiologia Alta Temperatura y falta de movilidad</b>										
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION <b>Diagnostico Etiologico</b>									34) UNIDAD MEDICA <b>012</b>	
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN <b>Dereck Harper Narcia</b>				36) MATRICULA IMSS <b>1235910112</b>		37) LUGAR Y FECHA <b>01/12/2022</b>		38) DELEGACION <b>02</b>		
39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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: **06/12/22**