

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS TUXLTA**

**BRISSA DEL MAR ANTONIO SANTOS**

**QUINTO SEMESTRE**

**LIC. MEDICINA HUMANA**

**DRA MONICA GORDILLO RENDON**

**MEDICINA DEL TRABAJO**



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  
Mitsuo Antonio Alvarez

2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO  
Av. Independencia SN

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO  
Col. Laureles Zaachila Oaxaca

3) CODIGO POSTAL  
707150

4) TELEFONO (LADA)  
9711257515

5) REGISTRO PATRONAL  
Y6813217103

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL  
72795660840

7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)  
Lopez Lopez Uriol

8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)

9) CURP  
A05B236CNRBA0899012

10) EDAD (AÑOS)  
28

11) SEXO  
M  F

12) ESTADO CIVIL  
Soltero

13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO  
Av moras #35

14) TELEFONO  
9511589785

15) CODIGO POSTAL  
51707

DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO  
Ciudad de Oaxaca

16) UMF DE ADSCRIPCION  
La cañada

17) DELEGACION (IMSS)  
Reforma

18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO  
DIA: 17 MES: 11 AÑO: 2021 HORA: 4:00

19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA  
DIA: 17 MES: 11 AÑO: 2021 HORA: 5:00

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 afectado dice cuere accidentalmente de una plataforma al resbalar con un liquido de la maquinaria que destila el agua.

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

El afectado tiene una fractura de cadera con daño a los músculos hematomas de aproximadamente 8 cm en brazo y hombro izquierdo

22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL

Fractura de cadera, Bursitis

23) TRATAMIENTO(S)

Cirugia y terapia para la fractura  
Antiinflamatorios ejercicios

24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACION ALCOHOLICA SI  NO  INTOXICACION POR ENERVANTES SI  NO

25) OTRAS CONDICIONES

HUBO RIÑA SI  NO  EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI  NO

26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE

OTROS: DESCRIPCION

SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE

27) INCAPACIDAD INICIAL AMERITA INCAPACIDAD SI  NO

FECHA DE INICIO DIA: 20 MES: 11 AÑO: 2021

No. DE FOLIO: 87996781

No. DE DIAS AUTORIZADO: 120

28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE  
Rehabilitación

29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE  
Brissa Del Mar Antonio Janto

MATRICULA: 80077901123

FIRMA (MEDICO TRATANTE): *Brissa*

30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION  
03 Reforma

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

Lopez Lopez Uriol *Uriol* TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)

Camila Vazquez *Camila* FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)

Cesar Figueroa *Cesar* TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE: Av Centenario num 85 9711228821

DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO: Av Crisankinos col centro num 113 951-181-21-01

**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 <i>Mitsuo Antonio Alvarez</i>		2) ACTIVIDAD O GIRO <i>Destilador</i>		3) REGISTRO PATRONAL <i>77011348191</i>	
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO <i>Av. Independencia SIN</i>		CODIGO POSTAL <i>70750</i>		5) TELEFONO (LADA) <i>9711257515</i>	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <i>Coltaures Zaachila Oaxaca</i>		8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		6) CORREO ELECTRONICO <i>mccalAgav@gmail.com</i>	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR <i>Lopez Lopez Uriel</i>		DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <i>Ciudad Oaxaca</i>		10) CODIGO POSTAL	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO <i>Av moraz SIN</i>		12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION <i>1 año</i>		13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <i>Domingo</i>	
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <i>Destilador</i>		14) SALARIO DIARIO <i>\$250</i>		17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE <i>4:00 pm</i>	
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS) <i>8310776102</i>		16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) <i>729956608400</i>		EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL	
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <i>17</i> MES: <i>11</i> AÑO: <i>2021</i> HORA: <i>4:00pm</i>		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <i>17</i> MES: <i>11</i> AÑO: <i>2021</i> HORA: <i>4:20</i>			
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO 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"/>					
21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD(ES) DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS <i>El accidente se llevo a cabo en el trabajo al caerse accidentalmente de una Plataforma en la cual habia derramado liquido que tiraba la propia maquinaria</i>					

22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <i>Daniel de Jesus Rios Ordaz</i>		23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <i>17</i> MES: <i>11</i> AÑO: <i>2021</i> HORA: <i>4:05 pm</i>			
--	--	--	--	--	--

24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE  
*Alejandro varque Lopez*

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 <i>Mitsuo Antonio Alvarez</i>	29) LUGAR Y FECHA <i>Empresarial 17/11/2021 / 4:00 pm.</i>
---	---

30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL <i>Mitsuo</i>	31) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA <i>Mitsuo</i>
--	---

**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

35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN	36) MATRICULA IMSS	37) LUGAR Y FECHA	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 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: \_\_\_\_\_