



Universidad del sureste

Medicina Laboral

Asesora: Mónica Gordillo Rendón

**“Formato ST-7 aviso de atención medica inicial y
calificación de probable accidente de trabajo”**

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

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>Celeste Aguilar Nizari Celedo</i>		2) ACTIVIDAD O GIRO <i>Ingenieros</i>		3) REGISTRO PATRONAL	
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO <i>4 Norte Puente</i>		5) TELEFONO (LADA)		6) CORREO ELECTRONICO	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR <i>Jose Aguilera Nizari Celedo</i>		8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <i>61110</i>		9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO <i>4 Norte Puente 626</i>	
10) CODIGO POSTAL		11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <i>Construccion</i>		12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION <i>6 Años</i>	
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 <i>07:00-14:00</i>		18) EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL	
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <i>01</i> MES: <i>11</i> AÑO: <i>2017</i> HORA: <i>20:30</i>		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <i>01</i> MES: <i>11</i> AÑO: <i>2017</i> HORA: <i>20:30</i>		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 <i>Se accionó los cables en una construccion y se presuro con una prensa hidraulica en mano derecha al meter un monton fuerte de bloques</i>					
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD <i>Derek Harper Nizari Inspector</i>			23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA: <i>01</i> MES: <i>11</i> AÑO: <i>2017</i> HORA: <i>20:30</i>		
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE <i>Autoran 232</i>					
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>Celeste Aguilar Nizari Celedo</i>			29) LUGAR Y FECHA <i>Ramirezal Casapero</i>		
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 <i>Amputación traumática por aplastamiento</i>					
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION					34) UNIDAD MEDICA
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN <i>Yanetka Nizari Nizari</i>		36) MATRICULA IMSS		37) LUGAR Y FECHA	
38) 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 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: