



DATOS DEL ASEGURADO

2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)				1) FOLIO						
4) CURP			5) SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		3) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	D.V.				
7) MATRÍCULA TRABAJADOR IMSS		8) ADSCRIPCIÓN LABORAL TRABAJADOR IMSS		9) OCUPACIÓN		10) CORREO ELECTRÓNICO		11) TELÉFONO FIJO		CELULAR
12) DOMICILIO: CALLE, NÚMERO, COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		C.P.		

DATOS DEL PATRÓN O DE LA EMPRESA

13) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				14) REGISTRO PATRONAL		D.V.	
15) DOMICILIO: CALLE, NÚMERO, COLONIA O FRACCIONAMIENTO			ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		C.P.

DICTAMEN: 16) INICIAL ☐ 17) REVALORACIÓN ☐ CARÁCTER DEL DICTAMEN: 18) PROVISIONAL ☐ 19) DEFINITIVO ☐

TIPO DE DICTAMEN			TIPO DE RIESGO		
20) INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL <input type="checkbox"/>	21) INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL <input type="checkbox"/>	22) DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>	23) ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	24) ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/>	25) ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>

26) FECHA DE PRIMERA CITA PARA DICTAMINACIÓN CON EXPEDIENTE COMPLETO	DÍA	MES	AÑO	27) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO	DÍA	MES	AÑO	28) FECHA DE LA DEFUNCIÓN	DÍA	MES	AÑO	HORA

29) MECANISMO DEL ACCIDENTE O CARACTERIZACIÓN DE EXPOSICIÓN LABORAL RELEVANTE, EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO, TRATAMIENTO RELEVANTE, SINTOMATOLOGÍA, EXPLORACIÓN FÍSICA ACTUAL Y RESULTADOS DEL(OS) ESTUDIO(S) PARACLÍNICO(S) QUE SUSTENTE(N) LA(S) SECUELA(S) ESTABLECIDA(S) O EL MOTIVO DE LA DEFUNCIÓN.

NOTA: SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO NO ESTA DE ACUERDO CON LA VALUACIÓN, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD.