



## DATOS DEL ASEGURADO

2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		1) FOLIO	
3) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	
4) CURP		5) SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	6) IDENTIFICACIÓN OFICIAL
7) MATRÍCULA TRABAJADOR IMSS	8) ADSCRIPCIÓN LABORAL TRABAJADOR IMSS	9) OCUPACIÓN	10) CORREO ELECTRÓNICO
12) DOMICILIO: CALLE, NÚMERO, COLONIA O FRACCIONAMIENTO		13) ALCALDÍA O MUNICIPIO	14) CIUDAD Y ESTADO
		15) 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	16) ALCALDÍA O MUNICIPIO	17) 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.