



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO ST-7

FOLIO: _____

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO FIJO
5) REGISTRO PATRONAL	D.V.

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
-------------------------------	------	--

8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)	9) CURP	10) EDAD (AÑOS)
---	---------	-----------------

11) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO	COLONIA O FRACCIONAMIENTO
---	------------------	-------------------------------	---------------------------

ALCALDÍA O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	14) TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	15) CORREO ELECTRÓNICO	16) UMF DE ADSCRIPCIÓN
----------------------	-----------------	---------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------

17) OOAD (IMSS)	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO				21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO			
			DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	HORA

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

25) TRATAMIENTO(S)

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ NO INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ NO

27) ¿HUBO RIÑA? SÍ NO 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL	AMERITA INCAPACIDAD SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO			NÚMERO DE FOLIO	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:
		DÍA	MES	AÑO			

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	32) MATRÍCULA	33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD
---	---------------	--------------------------

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO
----------------------------	--	--

NOTA: EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL				D.V.																											
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO								COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO																											
CIUDAD Y ESTADO				CÓDIGO POSTAL		5) TELÉFONO FIJO				6) CORREO ELECTRÓNICO																													
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR				8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				D.V.		9) OCUPACIÓN																													
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO				CIUDAD Y ESTADO				CÓDIGO POSTAL																							
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE				12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA				13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE				EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS 14) MATRÍCULA				15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL																							
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE				DÍA		MES		AÑO		HORA		17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE				DÍA		MES		AÑO		HORA																	
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE																																							
EN LA EMPRESA				<input type="checkbox"/>				EN UNA COMISIÓN				<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"/>			
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES)																																							
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE												21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE																											
												DÍA			MES			AÑO			HORA																		
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIÓ O PRESENCIARON EL ACCIDENTE																																							
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA												24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA																											
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL												26) LUGAR Y FECHA						27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)																					

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)																																															
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN																																															
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.																																															
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN:												TRABAJO				<input type="checkbox"/>				TRAYECTO				<input type="checkbox"/>				SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO:				SÍ				<input type="checkbox"/>				NO				<input type="checkbox"/>			
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN												33) MATRÍCULA						34) FECHA DE CALIFICACIÓN						35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD																							
																		DÍA		MES		AÑO																									
NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.																																															
36) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN																																															
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO																		FECHA:																													
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.																																															
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.												39) MATRÍCULA						40) FECHA						41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD																							
																		DÍA		MES		AÑO																									