



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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
27) ¿HUBO RIÑA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				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		35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD
		34) FECHA DE CALIFICACIÓN		
		DÍA	MES	AÑO
<p>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.</p> <p>36) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> <p>_____ NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>FECHA: _____</p> </div> </div>				
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		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD
		40) FECHA		
		DÍA	MES	AÑO