



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA Y CALIFICACIÓN DE
PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO ST-9
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
EL TRABAJO)

DATOS DEL PATRÓN PARA VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DERECHOS

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA		
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO		
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO		
3) CODIGO POSTAL		4) TELEFONO (LADA)
5) REGISTRO PATRONAL (11 DÍGITOS)		

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS)		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		
8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)			9) CURP	
10) EDAD (AÑOS)	11) SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO			14) CODIGO POSTAL	15) TELEFONO (LADA)
16) UMF DE ADSCRIPCION	17) DELEGACION (IMSS)	18) FECHA Y HORA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO DIA MES AÑO HORA		
19) DESCRIPCION DETALLADA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS				
20) DESCRIPCION DE LA SINTOMATOLOGÍA, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES Y LAS INTERCONSULTAS				
21) DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO, ETIOLÓGICO Y ANATOMOFUNCIONAL				
22) TRATAMIENTO				
23) AMERITA INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL DIA MES AÑO	No. DE FOLIO	Nº DE DIAS AUTORIZADO	24) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO MÉDICO DE
25) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO		MATRICULA	FIRMA AUTÓGRAFA DEL MEDICO	26) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION (IMSS)

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS

TRABAJADOR
(NOMBRE Y FIRMA)

FAMILIAR O REPRESENTANTE
(NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA			2) ACTIVIDAD O GIRO			3) REGISTRO PATRONAL (11 DIGITOS)				
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO			COLONIA O FRACCIONAMIENTO							
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO		CODIGO POSTAL		5) TELEFONO (LADA)		6) CORREO ELECTRONICO				
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR		8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS)		9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO						
COLONIA O FRACCIONAMIENTO			DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO						10) CODIGO POSTAL	
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD			12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION			13) SALARIO DIARIO				
14) HORARIO DE TRABAJO ACTUAL			15) MATRICULA (SOLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)			16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (SOLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)				
17) FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD	DIA	MES	AÑO	18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DE LA ENFERMEDAD (SÓLO SI EL TRABAJADOR HA SIDO INCAPACITADO)			DIA	MES	AÑO	HORA
19) DESCRIPCION PRECISA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS										
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DE LA ENFERMEDAD					21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DIA MES AÑO HORA					
22) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES (INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA QUE SE JUZGUE PERTINENTE PARA SER CONSIDERADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS; DE SER NECESARIO, ANEXAR CARTA ACLARATORIA CON FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)										
23) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL				24) LUGAR Y FECHA						
25) FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL				26) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRON)						

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

27) DIAGNOSTICOS NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA ENFERMEDAD										
28) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION										
30) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN			31) MATRICULA IMSS		32) LUGAR Y FECHA		DIA	MES	AÑO	33) DELEGACION
34) SE ACEPTE COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
35) FIRMA AUTÓGRAFA DEL MEDICO QUE CALIFICA										

SEÑOR(A) TRABAJADOR(A):	SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.									
RECIBI COPIA ST-9	FECHA: _____									
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE										