



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 PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | |
| 2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NÚMERO | |
| COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | |
| 3) CÓDIGO POSTAL | 4) TELÉFONO (LADA) |
| 5) REGISTRO PATRONAL (11 DÍGITOS) | |

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

| | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS) | | 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 |
| DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | | | 14) CÓDIGO POSTAL | | 15) TELÉFONO (LADA) |
| 16) UMF DE ADSCRIPCIÓN | 17) DELEGACIÓN (IMSS) | 18) FECHA Y HORA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO | | | |
| | | DÍA | MES | AÑO | HORA |
| 19) DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS | | | | | |
| 20) DESCRIPCIÓN 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 | FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL | | No. DE FOLIO | | Nº DE DÍAS AUTORIZADO |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | DÍA | MES | AÑO | | |
| 25) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO | | MATRÍCULA | | FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO | 26) UNIDAD MÉDICA Y DELEGACIÓN (IMSS) |

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 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 TELÉFONO 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 DÍGITOS) | | | |
| 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 (SÓLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS) | | | 16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (SÓLO 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 | | | | | | | | | | 29) UNIDAD MEDICA | |
| 30) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | | | | 31) MATRICULA IMSS | | 32) LUGAR Y FECHA | | DIA | MES | AÑO | 33) DELEGACION |
| 34) SE ACEPTA 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