



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

**AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y
CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO**

ST-7

PARA USO EXCLUSIVO DE AFILIACION DEL IMSS

NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:
DOMICILIO DE LA EMPRESA:
TELEFONO:
REGISTRO PATRONAL:

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

1) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				2) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)				3) SE IDENTIFICA CON (IDENTIFICACION OFICIAL, ESPECIFICAR)					
4) EDAD		5) SEXO M F		6) ESTADO CIVIL		7) DOMICILIO: CALLE				NUMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO	
8) CURP													
9) POBLACION O ESTADO:						10) TELEFONO:						11) CODIGO POSTAL	
12) UMF DE ADSCRIPCION			13) DELEGACION			14) FECHA DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DIA MES AÑO HORA			15) FECHA DE LA CONSULTA DIA MES AÑO HORA				
16) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDADES DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS.													
17) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION													
18) DIAGNOSTICOS NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL													
19) TRATAMIENTO(S)													
20) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X) SOLO EN CASO DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO INTOXICACION ALCOHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								OTROS: DESCRIPCION					
21) OTRAS CONDICIONES HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE:					
22) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL													
23) INCAPACIDAD INICIAL		NUMERO DE FOLIO		DIA	MES	AÑO		24) AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NO. DE DIAS AUTORIZADOS		25) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE:	
26) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE				27) MATRICULA				28) FIRMA (MEDICO TRATANTE)				29) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION	

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 AQUI ASENTADOS SON VERDADEROS

TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)

FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)

TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE: _____

DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO: _____

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

1) ACTIVIDAD O GIRO		2) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA		3) REGISTRO PATRONAL				4) TELEFONO					
5) CORREO ELECTRONICO		6) DOMICILIO: CALLE		7) NUMERO		8) COLONIA		9) CODIGO POSTAL					
10) NOMBRE DEL TRABAJADOR							11) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL						
12) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD				13) ANTIGUEDAD EN LA OCUPACION		14) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE							
15) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES:													
16) MATRICULA IMSS				17) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS									
18) FECHA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO					19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD								
DIA		MES	AÑO		HORA		DIA		MES	AÑO		HORA	
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE													
EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/>		EN UNA COMISION <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"/>					
21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDADES DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS.													
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD						23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD							
						DIA		MES	AÑO		HORA		
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE													
25) SI LA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO													
26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA													
27) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL					28) LUGAR Y FECHA								
29) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL					30) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA								

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

31) DIAGNOSTICOS NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD										
32) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION										
33) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN			34) MATRICULA IMSS			35) LUGAR Y FECHA			36) UNIDAD MEDICA	37) DELEGACION
38) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO			39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO			40) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO			41) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILIS SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7		FECHA:	
_____		_____	
FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL			