



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

**AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y
CALIFICACION DE PROBABLE
RIESGO DE TRABAJO ST-7**

ST-7

DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA 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	

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)				8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)					
9) CURP													
10) EDAD (AÑOS)		11) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		12) ESTADO CIVIL		13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO			
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO						14) TELEFONO				15) CODIGO POSTAL			
16) UMF DE ADSCRIPCION		17) DELEGACION (IMSS)		18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO				19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA					
				DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO		HORA
20) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE; EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS													
21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION													
22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL													
23) TRATAMIENTO(S)													
24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACION ALCOHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								OTROS: DESCRIPCION					
25) 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					
26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE													
27) INCAPACIDAD INICIAL		AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO				No. DE FOLIO		No. DE DIAS AUTORIZADO		28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE	
				DIA	MES	AÑO							
29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE				MATRICULA				FIRMA (MEDICO TRATANTE)				30) 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) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL						
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				9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO						
COLONIA O FRACCIONAMIENTO				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				10) CODIGO POSTAL						
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD				12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION				13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE				14) SALARIO DIARIO		
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)				16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)				17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE				EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL		
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA	MES	AÑO		HORA		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		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 ENFERMEDAD(ES) 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 PRIMERA 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) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES														
28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL								29) LUGAR Y FECHA						
30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL								31) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA						

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

32) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD																		
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION												34) UNIDAD MEDICA						
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN								36) MATRICULA IMSS				37) LUGAR Y FECHA		DIA	MES	AÑO		38) DELEGACION
39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA						

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

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