



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 INTIMARK S DE RL DE C.V.	
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 1613 91 0499 21M1991OR		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) BEDOLLA FERRER GUSTAVO										
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) CARNET DE CITAS			9) CURP		10) EDAD (AÑOS) 32								
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		12) ESTADO CIVIL SOLTERO		13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO C SIN NOMBRE S/N		COLONIA O FRACCIONAMIENTO LOC SAN JOAQUIN EL JUNCO							
ALCALDÍA O MUNICIPIO IXTLAHUACA		CIUDAD Y ESTADO MEXICO		CÓDIGO POSTAL 50783		14) TELÉFONO FIJO 7293770724		TELÉFONO CELULAR 7293770724		15) CORREO ELECTRÓNICO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN 226	
17) OOAD (IMSS) 226		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE 13/08/2023		19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 08:00 A 19:00		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA: 17 MES: 08 AÑO: 2023 HORA: 07:45				21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA: 17 MES: 08 AÑO: 2023 HORA: 09:20			
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE SE TRATA DE PACIENTE DEL SEXO MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD, SOLTERO, EMPLEDO EN INTIMARK SA DE CV CON HORARIO LABORAL DE 08:00 A 19:00 HRS DE L/J PA. ACUDE AL SERVICIO DE AMC REFIRIENDO EL DÍA DE HOY APROX A LAS 07:45 HRS AL DIRIJIRSE A SU TRABAJO A 1 KILOMETRO DE SU CASA A LA ALTURA DEL SALON PANORAMA VIAJABA EN MOTO Y LA CAMIONETA QUE VIAJABA DELANTE DE EL DIO VULTA SIN DIRECCIONALES PORVOcando QUE FRENARA DE GOLPE LO QUE PROVOCO SE DERRAPARA SU MOTO CALLENDO DE COSTADO IZQUIERDO SOBRE SU PIE IZQUIERDO Y MANO IZQUIERDA SE REFIERE CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN EXTREMIDADES IZQUIERDAS NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y DESCONOCE ENF CRONICAS													
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE PACIENTE DESPIERTO GLASGOW 15 PTS ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO CON BUENA COLORACION Y ADECUADA HIDRATACION, NORMOCEFALO SIN ENDO NI EXOSTOSIS, OJOS CON PUPILAS ISOCORICAS NORMOREFLECTICAS, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO SATURANDO AL 95 PORCIENTO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON PERISTALSIS PRESENTE NORMAL, NO SE PALPAN VISCEROMEGALIAS NO HAY DATOS DE IP, EXTREMIDADES TORACICAS INTEGRAS SIMETRICAS CON LEVE AUMENTO DE VOLUMEN A NIVEL DE MUÑECA IZQUIERDA ASI COMO LACERACION EN REGION PALPAR DE APROXIMADAMENTE 3X2 CMS DE DIAMETRO, PULSOS PRESENTES, FUERZA MUSCULAR 4/5 ARCOS DE MOVILIDAD PRESENTES, EXTREMIDADES PELVICAS INTEGRAS SIMETRICAS CON LEVE AUMENTO DE VOLUMEN A NIVEL DE TOBILLO DE PIE IZQUIERDO SIN CAMBIOS DE COLORACION SIN AUMENTO DE TEMERATURA ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS, CON PULSOS PRESENTES LLENAPOD CAPILAR INMEDIATO													
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE POLICONTUNDIDO / DESCARTAR LESIONES OSEAS EN MUÑECA Y TOBILLO IZQUIERDOS													
25) TRATAMIENTO(S) SE SOLICITA RX DE TOBILLO IZQUIERDO Y MUÑECA IZQUIERDA, SE RELIZA CURACION EN HERIDA DE MANO IZQ Y SE COLOCAN VENDAJES COMPRESIVOS EN MUÑECA IZQ Y TOBILLO IZQ, SE REQUISITA FORMATO S7, Y SE EXPIDE INCAPACIDAD INICIAL SE DAN DATOS DE ALARMA Y SE DEJA CITA ABIERTA A URGENCIAS EN CASO NECESARIO													
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>													
27) ¿HUBO RIÑA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>													
28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:													
29) INCAPACIDAD INICIAL SI		AMERITA INCAPACIDAD SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO DÍA: 17 MES: 08 AÑO: 23		NÚMERO DE FOLIO UV403587		NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS 01		30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: MEDICINA FAMILIAR			
31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE DRA. LAURA JEANETTE ANDRADE CORIA						32) MATRÍCULA 99165768		33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD 226					

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.