



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO ST-7

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 Cv

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
C721080710

FOLIO: 71609110232412001

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
1610884440

D.V.
4

7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
DAVILA SANCHEZ TANIA

8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)

NINGUNO

9) CURP

DAST880524MMCVNN02

10) EDAD

11) SEXO

M ☐

F ☒

12) ESTADO CIVIL

13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO

IGNACIO LOPEZ RAYON 243

COLONIA O FRACCIONAMIENTO

ALCALDÍA O MUNICIPIO

Toluca

CIUDAD Y ESTADO

Toluca de Lerdo, MÉXICO

CÓDIGO POSTAL

50110

14) TELÉFONO FIJO

722529878

TELÉFONO CELULAR

722529878

15) CORREO ELECTRÓNICO

16) UMF DE AC

UMF 226 Ixtlahuaca

17) OOAD (IMSS)

ESTADO DE MEXICO
PONIENTE

18) DÍA DE DESCANSO
PREVIO AL ACCIDENTE

DOMINGO

19) HORARIO DE TRABAJO
EL DÍA DEL ACCIDENTE

08:00 a 19:00

20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO

DÍA

09

MES

11

AÑO

2023

HORA

07:40

21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SER

DÍA

09

MES

11

AÑO

2023

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE AL SERVICIO DE AMC SOLTERA, ORIGINARIA DE TOLUCA Y RESIDENTE DE JIQUIPILCO, EMPLEADA EN INTIMARK CV COMO COORDINADOR DE VENTAS. INICIA EL DÍA DE HOY POR LA MAÑANA APROXIMADAMENTE A LAS 07:40 HRS AL DIRIGIRSE A SU TRABAJO CAMINANDO POR LA RAMPA DE APROXIMADAMENTE A 200MTS ANTES DE LLEGAR A SU TRABAJO SUFRE EVERSION FORZADA DE TOBILLO DE PIE DERECHO PRESENTANDO DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL, MOTIVADO POR CUAL ACUDE A SU VALORACIÓN MÉDICA, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y DESCONOCE ENFERMEDADES CRÓNICAS. LA PACIENTE REFIERE HACER UN AÑO PRESENTO MISMO CUADRO SIN SEGUIMIENTO DE LA LESIÓN

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

36.8 °C, 134/87 mmHg, 77 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto. PACIENTE DESPIERTA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO CON BUENA COLORACIÓN Y ADECUADA HIDRATACIÓN. NORMOCEFALO SIN EDEMA NI EXOSTOSIS, OJOS CON PUPILAS ISOCÓRICAS, NO REFLECTIVAS, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE CON PERISTALTISMO PRESENTE, NORMALES MEGALIAS, NO DATOS DE IP, EXTREMIDADES PELVICAS CON AUMENTO DE VOLUMEN A NIVEL DE TOBILLO, ERCHO XX CON LIMITACIÓN EN ARCOS DE MOVILIDAD, CREPITACIONES, CON PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR INMEDIATO

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

S934, ESGUINCE TOBILLO, pie derecho a descartar lesiones óseas.

25) TRATAMIENTO(S)

SE REQUISITA FORMATO ST 7 DE PRT Y SE EXPIDE INCAPACIDAD INICIAL, SE COLOCA VENDAJE ELÁSTICO Y SE REFIERE A SEGUNDO NIVEL PARA SU VALORACIÓN INTEGRAL Y COMPLEMENTACIÓN DICLOFENACO 75 MG IM DU

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

SÍ ☐

NO ☒

INTOXICACIÓN POR ENERVANTES

SÍ ☐

NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA?

SÍ ☐

NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SÍ ☒

NO ☐

FECHA DE INICIO

DÍA

09

MES

11

AÑO

2023

NÚMERO DE FOLIO

UV404732

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

1

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVIDOR DE:

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

LAURA JEANETTE ANDRADE CORIA

32) MATRÍCULA

99165768

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

UMF 226 Ixtlahuaca - ESTADO DE PONIENTE

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS EJEMPLARES DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUEDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO

Tania Davila Sanchez

ASEGURADO
(NOMBRE Y FIRMA)

Norma Nelly Pérez Hualde

BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL
ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)

712 3352597

TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO
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 EJEMPLAR DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN HUBIERA LLENADO.