



# 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	
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.	

1623226AMC282  
FOLIO: \_\_\_\_\_

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>4508-90-51851F1990OR</b>		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) <b>LOURDES CARMONA ORTIZ</b>	
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) <b>INE</b>			9) CURP	10) EDAD (AÑOS) <b>33</b>
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL <b>CASADO</b>	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO <b>CALLE SN CASA SN</b>		COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>SAN JUAN DELAS MANAZANAS</b>
ALCALDÍA O MUNICIPIO SN. JUAN DE LAS MANAZANAS		CIUDAD Y ESTADO IXTLAHUACA EDO DE MEXICO	CÓDIGO POSTAL <b>50770</b>	14) TELÉFONO FIJO <b>5535200572</b>
		TELÉFONO CELULAR		15) CORREO ELECTRÓNICO
				16) UMF DE ADSCRIPCIÓN <b>226</b>
17) OOAD (IMSS) <b>16</b>	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>SABADO Y DOMINGO</b>	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE <b>8:00-7:00</b>		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO
		DÍA <b>27</b>		MES <b>07</b>
		AÑO <b>2023</b>		HORA <b>13:00</b>
		DÍA <b>27</b>		MES <b>07</b>
		AÑO <b>2023</b>		HORA <b>17:00</b>

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE  
FEMENINO DE 33 AÑO QUE ACUDE A ESTE SERVICIO CON REFERENCIA DE ACCIDENTE EN SU AREA DE TRABAJO REFIERE QUE RECIBIO CONTUSION EN ABDOMEN CON UNA MESA, A LAS 13HRS Y APARTIR DE AHI HA ESTADO PRESENTADO DOLOR ABOMINAL INTENSO, DICE ACUDIO PARA ATENCION MEDICA EN SU TRABAJO Y REFEIRE FCF ALTAS Y BAJAS... AGO: M: 13 RITMO 30X 5-7D G: 4 C: 0 P: 2 A: 1 MPF: IMPLANTE SUBDERMICO SE LO RETIRA EN UNIO 22, FUR 20/12/22... FECHA NO SEGURA FPP: 29/09/23 REGISTRO DE USG DEL DIA 20/MARZO CON SACO GASTACIONALDE 7 SEMANAS DICE QUE HACE UN MES LE REFIEREON POSIBLE PLACENTA BAJA NO TRAE INFORME... NIEGA ALERGIAS NIEGA CRONICOS, NIEGA DATOS DE INFECCIONES VAGINALES O URINARIAS SE PERCIBEN MOVIMIETNOS FETALES PERO LIGERAMENTE DISMINUIDOS.....EMPLEADO D E INTIMARK S DE RL DE CV PUESTO DE TRABAJO COSTURERA SE IDENTIFICA CON INE

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE  
EF: PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTNESIDAD. ABDOMEN GLOBOSO A EXPENSAS DE UTERO GESTANTE FU 34 CM SOBREDISTENDIDO PARA TIEMPO DE GESTACION HIPERTONIA PREDOMINIO DERECHO ? TRANSVERSO ABOCADO ENCAJADO FCF 153 X MIN SE PERCIBEN MOIVIMIENTOS GIORDANO BIALTERAL NEGATIVO TACTO VAGINAL DIFERIDO SIN PERDIDAS TV OBSERBABLES EXTREMIDADES CON LLENADO CAPILA INMEDIATICO EUTERMICAS, CON PULSOS PRESENTES NO EDEMA .

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE  
Contusión abdomen abdominal (músculo) (pared) + EMB DE 31.2 X FUR INSEGURA... A DESCARTAR DESPRENDIMIENTODE PLACENTA

25) TRATAMIENTO(S)  
TRASLADO EN AMBULANCIA HGR 252, SE PREPARA PACIENTE CON SOLUCION GLUCOSADA 5 X CIENTO, BUTILHIOSCINA 20MG AMP APLICAR IV DU, REPOSO ABSOLUTO.

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)  
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE: MÉDICO LABORAL	
29) INCAPACIDAD INICIAL <b>SI</b>	AMERITA INCAPACIDAD SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DÍA <b>27</b>
		MES <b>07</b>
		AÑO <b>2023</b>
		NÚMERO DE FOLIO <b>UV403327</b>
		NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS <b>1</b>
		30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: <b>URG GO, MT</b>

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE <b>MONICA ESPINDOLA PINEDA</b>	32) MATRÍCULA <b>98165294</b>	33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD <b>226/16</b>
---	----------------------------------	---

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBI 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.		
LOURDES CARMONA ORTIZ	JUAN MANUEL DE LA CRUZ BAUTISTA	TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO
ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	

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.  
01-Agosto-2023 Recibi original y copia Lourdes Carmona Ortiz



1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA <b>INTIMARK S DE R.L DE C.V</b>		2) ACTIVIDAD O GIRO <b>DE PREFERENCIAS DE VESTIR C-7210807104</b>		3) REGISTRO PATRONAL <b>DE PREFERENCIAS DE VESTIR C-7210807104</b>	
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO <b>1314, 15</b>		5) TELEFONO FIJO <b>7121229999</b>		6) CORREO ELECTRONICO	
CIUDAD Y ESTADO <b>Edo Mex</b>		CÓDIGO POSTAL <b>50740</b>		7) NOMBRE DEL TRABAJADOR <b>LOURDES CARMONA ORTIZ</b>	
8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>4508909151</b>		D.V.		9) OCUPACIÓN <b>Op- Maquina</b>	
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO <b>S/C S/N.</b>		COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>BAN VAN DE LAS MARIAS</b>		ALCALDÍA O MUNICIPIO <b>IXTAPALUCA</b>	
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE <b>8:00 27-07-23</b>		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>DOMINGO</b>	
14) MATRÍCULA		15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL		16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DÍA MES AÑO HORA <b>27 07 23 13:00</b>	
17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE DÍA MES AÑO HORA <b>27 07 23 16:00</b>		18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> EN UNA COMISIÓN <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"/>		19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES) <b>SE ANEXA DOCUMENTACIÓN</b> <b>REFIERE LOURDES QUE A LAS 13:00 UNA COMPAÑERA PASA TRAS DE ELLA PROVOCANDO QUE TENDIENDO EN UNA MESA CON GOLPE EN ABDOMEN, SE PRESENTA A SERVICIO MEDICO A LAS 16:00 POR LO QUE ES DERIVADA AL IMSS SE VERIFICÓ EN CAMARAS Y SE INTERROGO A PERSONAL PRESENTE EL CUAL CONCORDA QUE SI SE NOTIFICÓ Y PIDIÓ PERMISO LA COMPAÑERA PARA CRUZAR REFIERE BAUTISMO Y PLACENTA</b>	
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE <b>Lina Bonifacio / SERVICIO MEDICO</b>		21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DÍA MES AÑO HORA <b>27 07 2023 16:00</b>		22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIÓ O PRESENCIARON EL ACCIDENTE <b>Intimark</b>	
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA		24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA <b>28 JUL 2023</b>		25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL <b>C-P. RIVERO LOPEZ AULA</b>	
26) LUGAR Y FECHA <b>28-07-27</b>		27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN) <b>SERVICIO MÉDICO</b>		<b>INTIMARK, S. DE R.L. DE C.V.</b>	

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

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)					
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN					
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.					
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/>		SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN		33) MATRÍCULA		34) FECHA DE CALIFICACIÓN DÍA MES AÑO	
				35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	
NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.					
36) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN					
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO				FECHA:	
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.					
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.		39) MATRÍCULA		40) FECHA DÍA MES AÑO	
				41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	



# FORMATO DE INVESTIGACION DE ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

INFORMACION DE LA EMPRESA												
RAZON SOCIAL:		INTIMARK S. DE R.L. DE C.V.										
DOMICILIO:		Calle y No.	Saitama	Municipio:		Ixtlahuaca de Rayón						
		Colonia:	Ixtlahuaca Centro	Entidad Federativa:		Estado de México						
		C.P.:	50740	Número de Trabajadores:								
INFORMACION DEL COLABORADOR												
Nombre: Lourdes Carmona Ortiz				Edad: 33		Turno:		1°	2°	3°		
Puesto de Trabajo: Empacadora				Antigüedad: 1 año 4 meses		Jefe Inmediato: Raymundo Rebollo				X		
INFORME DEL ACCIDENTE / INCIDENTE / ENFERMEDAD LABORAL												
Fecha: 27/07/23		Hora: 13:00		Dentro de la empresa		X	Fuera de la empresa		En otra empresa			
Accidente		Incidente	X	Enfermedad laboral		Leve	X	Grave	Mortal			
El Trabajador Recibió atención medica				Si	X	No						
Descripción de la tarea efectuada:		Empaque De Prendas					Actividad Habitual		X			
							Actividad Extraordinaria					
Descripción breve de los hechos por trabajador involucrado 1		Se encontraba empackando las prendas cuando su compañera Eribey Martinez le solicita pasa por detrás de ella, al momento de pasar se inclina levemente hacia enfrente por lo que rosa su pansa (está embarazada) con la mesa de empaque, presenta un leve dolor, pero lo deja pasar. Dos horas después se dirige a servicio médico porque el dolor comienza a ser molesto. Servicio médico le brinda la atención requerida.					Lourdes Carmona Ortiz Nombre y Firma					
Descripción breve de los hechos por trabajador involucrado 2		Se dirige al módulo donde se encuentra Lourdes para ir por mas material, le pide permiso a la compañera Lourdes Carmona de pasar por detrás de ella, lo cual accede y ella pasa sin ningún problema.					Eribey Martinez Garcia Nombre y Firma					
Descripción breve de los hechos por testigo 1		Él observa que su compañera Eribey Martinez pasa detrás de Lourdes Carmona sin ningún problema y se dirige hacia él para proporcionarle más material y seguir aplicado etiqueta de Victoria's					Emmanuel V.C. Nombre y Firma					
Descripción breve de los hechos por testigo 2		Estaba dialogando con la supervisora de entrenamiento, ambas estábamos a un lado del área del suceso pero no observa alguna anomalía por parte de las trabajadoras					Alejandra Lopez Nombre y Firma					
Descripción breve de los hechos por testigo 3		Me encontraba con la Team Lider a lado del suceso, pero no me percaté de que ocurrirá alguna anormalidad.					Lourdes Nana Valdez Nombre y Firma					
ANALISIS DE ACCIDENTE / INCIDENTE / ENFERMEDAD LABORAL												
Causas Propiciatorias:		Pasar entre un sitio que no es pasillo (máquina y mesa de empaque)										
Consecuencias:		Leve empujón										
No.	ACCIONES CORRECTIVAS					Prioridades de Atención						
1	Se le hace la observación a la trabajadora Lourdes Carmona, que debe de presentarse a servicio médico en el momento que presenté algún malestar					INMEDIAT A (El mismo día)		MEDIA (3 a 6)	BAJA (6 a 10)			
2	Se le hace la observación a la trabajadora Eribey Martinez que debe de pasar por los pasillos y no entre la máquina y mesa de empaque.					INMEDIAT A (El mismo día)		MEDIA (3 a 6)	BAJA (6 a 10)			

01-Agosto - 2023 Recibi original y copia Lourdes Carmona Ortiz

**SEGUIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS**

No	Avances	Causas de los avances pendientes
1	Cerrado	
2	Cerrado	

**CONCLUSION Y CIERRE**

Al realizar la investigación la trabajadora Lourdes Carmona menciona que su compañera Eribey Martinez le pide permiso de pasar por detrás de ella, pero al ser un lugar pequeño y no el pasillo correcto para poder pasar, Lourdes se inclina levemente hacia enfrente, rosando su pansa con la mesa de empaque, cabe mencionar que Lourdes Carmona se encuentra embarazada por lo que al rosarse contra la mesa le ocasiona un dolor leve, pero lo deja pasar. Dos horas después cuando el dolor comienza a ser molesto, se dirige a servicio médico.

Servicio médico le da la atención correspondiente.

Lourdes menciona que Eribey no la inclino con la intención de que ella se rosara con la mesa, esto se debió al espacio reducido lo que ocasiono que ella se tuviera que cercar demás a la mesa.

Se hacen las observaciones a las trabajadoras de transitar en los pasillos adecuados y no afectar a los demás trabajadores en sus actividades, así como el tener la atención de informar de cualquier incidente que se presente para la atención oportuna y evitar complicaciones sobre todo por tratarse de un estado de gestación.

FECHA

31 / Julio / 2023

Jacqueline Sánchez

FIRMA DEL RESPONSABLE

01- Agosto - 2023

Recibí original y copia Lourdes Carmona Ortiz