



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

157305220056

FOLIO: \_\_\_\_\_

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA <b>GRUPO GIF SEGURIDAD PRIVADA SA DE CV</b>	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO <b>AVENIDA INSURGENTES SUR 323 INT 2 CONDES</b>	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO <b>CUAUHTEMOC DISTRITO FEDERAL</b>	
3) CÓDIGO POSTAL <b>06140</b>	4) TELÉFONO FIJO <b>Y607431310</b>
5) REGISTRO PATRONAL <b>Y607431310</b>	D.V. <b>4</b>

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>5714962284</b>		D.V. <b>7</b>	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) <b>CHAVEZ CARDOSO FELIPE</b>	
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) <b>INE 0195099598379</b>			9) CURP <b>CACF961122HSPHRL07</b>	10) EDAD (AÑOS) <b>25</b>
11) SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL <b>SOLTERO</b>	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO <b>C NICOLAS BRAVO 15 B</b>		COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>BARRIO CALTENCO</b>
ALCALDÍA O MUNICIPIO <b>AMECAMECA MEXICO</b>		CIUDAD Y ESTADO <b>ESTADO DE MEXICO</b>	CÓDIGO POSTAL <b>56900</b>	14) TELÉFONO FIJO <b>5566077209</b>
15) TELÉFONO CELULAR		16) CORREO ELECTRÓNICO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN <b>73</b>
17) OOAD (IMSS) <b>15 OFE</b>	18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>DOMINGO</b>	19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE <b>09:00 A 18:00</b>	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA: <b>06</b> MES: <b>05</b> AÑO: <b>2022</b> HORA: <b>13:00</b>	
21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA: <b>06</b> MES: <b>05</b> AÑO: <b>2022</b> HORA: <b>14:00</b>				

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE  
MASCULINO, 25 AÑOS DE EDAD, NIEGA ALERGICOS, NIEGA CORNICOS, NIEGA QUIRURGICOS, NIEGA TRAUMATICOS, NIEGA TRANSFUSIONALES, REFIERE TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO, NIEGA OCASIONAL NIEGA OTRAS TOXICOMANIAS, OCUPACION: SUPERVISOR DE SEGURIDAD PRIVADA NO SE REALIZA ACTIVIDADES DE SUPERVISION REFIERE CONDUCE AUTOMOVIL EN SU TRABAJO.  
PA: REFIERE ACUDE YA QUE EL DIA 6/05/2022 SE ENCONTRABA TRABAJANDO APROXIMADAMENTE A LAS 13:00 HRS, ES IMPACTADO POR VEHICULO EN LA PARTE TRASERA DE SU VEHICULO MIENSTRAS VEHICULO DE ENCONTRABA DETENIDO, REFIERE SIN MOVIMIENTO DE LATIGAZO, REFIERE MIENTRAS SE ENCONTRABA PIE IZQUIERDO EN PEDAL DE CLUTCH ESTE SUFRE TORSION EN PIE IZQUIERDO, EN ESTOS MOMENTOS SE REFIERE CON DOLOR E INFLAMACION EN TOBILLO IZQUIERDO, NO AGRAVA OTRA SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE, NIEGA OTROS DATOS AL INTERROTORIO DE PACIENTE, PACIENTE EL CUAL REFIERE CONTINUA LABORANDO HASTA EL DIA DEH OY A VALORACION.

23) EXPLORACIÓN FÍSICA, RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE  
A LA EXPLORACION FISICA SE ENCUENTRA PACIENTE CONSCIENTE ALERTA, REACTIVO COOPERADOR, TRANQUILO, NEUROLOGICAMENTE INTEGRADO, ADLCA, A LA EXPLORACION E HIDRATACION DE TEGUMENTOS Y MEMBRANAS, CRANEO NORMOCEFALO, PUPILAS ISCORICAS NORMOREFLECTICAS, NARINAS PERMEABLES, FARINGE SIN ALTERACIONES, CUELLO CILINDRICO, TRAQUEA CENTRAL, SIN TUBERCULOS O ADENOMEGALIAS PALPABLES, PULMONAR CON ADECUADA INTRAJA Y SALIDA DE AIRE, NO ESTERTORES O SIBILANCIAS, NO SE INTEGRAN SINDROME PLEURO-PULMONAR, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE ADECUADO TONO INTENSIDAD Y FRECUENCIA, NO SOPLOS O AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO DATOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALSIS NORMAL, EXTREMIDADES INTEGRAS, SIMETRICAS, CON FUERZA SIN OBSERVAR EN REGION DE TOBILLO IZQUIERDO CON INFLAMACION, CON ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR REFERIDO POR PACIENTE, EN ESTOS MOMENTOS SIN ORBITACION U OTROS DATOS DE ALARMA, MARCHA CLAUDICA, RESTO DE LA EXPLORACION SIN ALTERACIONES.

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE  
**ESGUINCE TOBILLO IZQUIERDO**

25) TRATAMIENTO(S)  
**TERMOTERPIA, ANALGESICOS ANTINFLAMATORIOS, EJERCICIOS DE TOBILLO.**

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

27) ¿HUBO RINA? SÍ ☐ NO ☒ 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE

29) INCAPACIDAD INICIAL <b>SI</b>	AMERITA INCAPACIDAD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DÍA: <b>16</b> MES: <b>05</b> AÑO: <b>2022</b>	NÚMERO DE FOLIO <b>WX259417</b>	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS <b>1</b>	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: <b>RAYOS X</b>
--------------------------------------	---	---	------------------------------------	--	---

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE <b>RODRIGUEZ ARROYO JOSE ROGELIO</b>	32) MATRÍCULA <b>98355560</b>	33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD <b>UMF73/15</b>
---	----------------------------------	---

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 LEVANTAR EL ARCHIVO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

**FELIPE CHAVEZ CARDOSO** ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)  
**5566077209** TELEFONO 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 TANTO DE ESTE FORMATO Y CONFERIR EL DÍA DE LA EXPLORACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.



**DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)**

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA <b>Grupo GFA Seguridad Privada SA de CV</b>		2) ACTIVIDAD O GIRO <b>Serv. de protección custodia</b>		3) REGISTRO PATRONAL <b>4607431310</b>		D.V. <b>4</b>	
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: <b>Av. Insurgentes Sur Num. 323 Int. 2</b>				5) COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>Condessa</b>		6) ALCALDÍA O MUNICIPIO <b>Guatemala</b>	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR <b>Chavez Cardoso Felipe</b>		8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>5714962284</b>		D.V. <b>7</b>		9) OCUPACIÓN <b>Supervisor</b>	
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO <b>Nicolas Bravo 15B</b>		11) COLONIA O FRACCIONAMIENTO <b>Barrio Caliente</b>		12) ALCALDÍA O MUNICIPIO <b>Ayacahuelan Mexico</b>		13) CIUDAD Y ESTADO <b>Edo. Mex</b>	
14) CÓDIGO POSTAL <b>56900</b>		15) HORAARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE <b>09:00 a 18:00hrs</b>		16) ANTERIORIDAD EN LA EMPRESA <b>1 mes 18 días</b>		17) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE <b>Domingo 8/11/22</b>	
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE <b>06 May 2022 13:00</b>		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE <b>16 May 2022 09:00hrs</b>		20) DÍA		21) MES	
22) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> 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"/>		23) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES) <b>El día 06 mayo 2022 en hora laborales me dirigía a un servicio para supervisión y fui impactado por una camioneta en la parte trasera de mi vehículo de la empresa, sufrí un movimiento de latigazo. Mi pie izquierdo se encontraba en el pedal del clutch y se me torció al momento sintiéndolo pero sin doler y al poco rato se me comenzó a inflamar.</b>					
24) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE <b>RH Monica Cruz Rivera</b>				25) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE <b>06 05 2022 13:00</b>			
26) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIÓ O PRESENCIARON EL ACCIDENTE				27) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA			
28) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL <b>Ulises Zamorano Trejo</b>				29) 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			
30) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL <b>CDMX 18/May/2022</b>				31) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)			

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

32) DIAGNÓSTICO(S) NOSCológico(S)			
33) ELEMENTOS MÉDICOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN			
34) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal de 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.			
35) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/>		36) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
37) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN		38) MATRÍCULA	
39) FECHA DE CALIFICACIÓN DÍA MES AÑO		40) 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.			
39) 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:	
40) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34			
41) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.		42) MATRÍCULA	
43) FECHA DÍA MES AÑO		44) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	