



DATOS DEL PATRON

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	

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

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 (LADA)				15) CODIGO POSTAL		16) UMF DE ADSCRIPCION											
17) DELEGACION (IMSS)		18) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		19) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO				21) FECHA Y HORA DE RECEPCION EN EL SERVICIO MEDICO											
						DIA		MES		AÑO		HORA		DIA		MES		AÑO		HORA	
22) SEÑALAR CLARAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE																					
* ANEXO NOTA MEDICA DE FECHA _____																					
23) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION																					
24) IMPRESION DIAGNOSTICA																					
25) TRATAMIENTO(S)																					
26) 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"/>																					
27) OTRAS CONDICIONES HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										28) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE											
29) INCAPACIDAD INICIAL		AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO		DIA		MES		AÑO		No. DE FOLIO		No. DE DIAS AUTORIZADOS		30) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE					
31) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE				MATRICULA				FIRMA (MEDICO TRATANTE)				32) 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 O  
TESTIGO DE LA VERSION DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

\* EN CASO DE ANEXAR NOTA MEDICA, ESTA DEBERA CONTENER LA DESCRIPCION DE LOS CAMPOS 21, 22, 23 Y 24; NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE, NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, FAMILIAR O REPRESENTANTE O TESTIGO DE LA VERSION DEL TRABAJADOR.

DATOS COMPLEMETARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ACCIDENTE 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					12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION					13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE					14) SALARIO DIARIO	
15) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE						16) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)			17) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)							
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE		DIA	MES	AÑO	HORA	19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE			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																
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE										23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE						
										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 (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRON)						

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													
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) EL ACCIDENTE DE OCURRIO EN: EMPRESA <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/>					40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE 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 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

FECHA: