

C. JOSE MARIA ALCALA ALVARADO

RFC: AAAM530327

CALLE: SALAZAR, No: 1366

COLONIA: CENTRO

CIUDAD: SALTILLO, COAHUILA

SP/DPSH/SH/15/2021
12 DE FEBRERO DE 2021

Con fundamento en los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38 y 39 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 11, 58, 59 y 62 de la Ley del ISSSTE; 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulo II, III y V del Título Segundo "Proceso de dictaminación por Riesgos del Trabajo" del Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez; Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, hago de su conocimiento la siguiente resolución:

Una vez analizada la documentación Formato RT-01, Acta Administrativa, RT-02 y notas médicas, se determina que reúne lo criterios del artículo 474 de la ley federal del trabajo, ya que acredita la relación causa-efecto del mecanismo de la lesión con el daño producido en función y con motivo de su trabajo, con el diagnóstico: '**lumbalgia post traumatica**', por consiguiente, se dictamina como:

RIESGO DE TRABAJO APROBADO DEL DIA 12/12/2020

Lo anterior, en observancia a los artículos 58 de la Ley del ISSSTE y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, a través de los cuales se establece que los riesgos de trabajo serán calificados por el Instituto, así como en cumplimiento al capítulo V del Título Primero "Proceso de Dictaminación por Riesgos de Trabajo" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar al interesado el formato RT-01 en original y copia simple con firmas autógrafas y debidamente selladas.

ATENTAMENTE
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES

LIC. MARTIN ALEJANDRO MADRIGAL RIOS

DELEGACIÓN COAHUILA



MEDICINA DEL TRABAJO

JEFE DE OFICINA DE SEGURIDAD E HIGIENE

LIC. OSCAR ALEJANDRO MARTINEZ CERDA

MEDICO DICTAMINADOR

DR ROBERTO GARZON MUVDI

JEFE DE DEPARTAMENTO

LIC. JESUS LOREDO GONZALEZ



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

FORMATO RT-01

Fecha		
Día	Mes	Año
29	12	20

1.-SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

C.

SUBDELEGADO(A) DE PRESTACIONES DEL ISSSTE
EN LA DELEGACIÓN COAHUILA

CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE. SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DE TRABAJO
QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

1.1 DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	ALCALA	ALVARADO	JOSE MARIA
DOMICILIO PARTICULAR	CARLOS SALAZAR	1366-8	NOMBRE(S)
COLONIA	CALLE	NO EXTERIOR	NO INTERIOR
ZONA CENTRO	SALTILLO	25000	844 291 06 22
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	COAHUILA	CODIGO POSTAL	TELEFONO
AAAM530327HCLLLX08	ENTIDAD FEDERATIVA		
CURP			NOMBRE DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO.
EDAD	66	SEXO	H X M
NO DE EMPLEADO	348655		
PUESTO	ASISTENTE DE DIRECCION		
FECHA DE INGRESO	16 DE FEBRERO 2013	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	ASISTENTE DE LA DIRECCION DE HOSPI-TAL.
FECHA DE 1a COTIZACIÓN AL ISSSTE	16/02/2013		

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD	DIA	MES	AÑO	HORA
	12	12	20	

CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

DEPENDENCIA	X	COMISIÓN		EN TRAYECTO A SU TRABAJO		EN TRAYECTO A SU DOMICILIO		TIEMPO EXTRA	
DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS EL DÍA DE LOS HECHOS, BAJE A TRABAJO SOCIAL. DEL PRIMER PISO A LA PLANTA BAJA POR LA ESCALERA. SUFRIENDO UNA CAIDA EN EL SEGUNDO TER CIO DE LA ESCALERA, CAYENDO SENTADO Y GOLPEANDOME LA ESPALDA BAJA. SUFRIENDO UN DOLOR INTENSO ME AYUDO UN VIGILANTE A LEVANTARME, FUI A URGENCIAS Y ME TOMARON UNA RADIOGRAFIA Y UNA TOMOGRAFIA DE TORAX									

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR JOSE MA. ALCALA ALVARADO.

1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA	ISSSTE	NUMERO DE RAMO	00637
DOMICILIO	CARLOS ABEDROP	1663	
CALLE	NUMERO	CENTRO DE ADSCRIPCION	
CENTRO METROPOLITANO	25050	123 00 10	
COLONIA	CODIGO POSTAL		

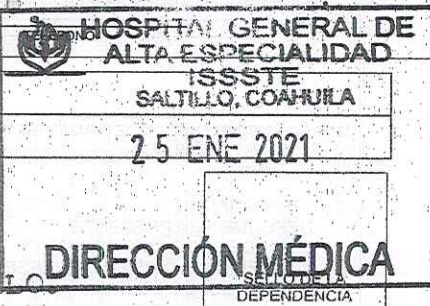
JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE.

PUESTO

FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL MISMO

DIA MES AÑO HORA MIN

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA DRA. HILDA LUNA CASTILLO





DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO

FORMATO RT-01

PARA USO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN: C. JOSE MARIA ALCALA ALVARADO RFC: AAAM530327

NATURALEZA DEL RIESGO		FECHA			
		DÍA	MES	AÑO	HORA
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO	X	12	12	2020	11:00
ACCIDENTE EN COMISION					
ACCIDENTE EN TRAYECTO					
ENFERMEDAD DE TRABAJO					
DEFUNCION					

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA	DÍA	MES	AÑO	HORA
	12	12	2020	11:15

ANTECEDENTES

MARQUE CON UNA X LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL			
ESTADO DE EMBRIAGUEZ	USO DE NARCOTICO O DROGAS (SALVO PRESCRIPCIÓN MÉDICA CON CONOCIMIENTO DEL JEFE)	SE OCASIONÓ UNA LESIÓN INTENCIONALMENTE	
INTENTO DE SUICIDIO	RIÑA	AL COMETER UN DELITO	
CAUSA EXTERNA			
NATURALEZA DE LA LESIÓN	CONSTUSION		

DIAGNOSTICO:

LUMBALGIA POST TRAUMATICA

CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y ANALISIS DEL MECANISMO REALIZADO ENTRE EL RIESGO OCURRIDO Y EL TRABAJO DESEMPEÑADO SE DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVAN LA CALIFICACIÓN DE PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE PROFESIONALIDAD, LAS SIGUIENTES:

Una vez analizada la documentación Formato RT-01, Acta Administrativa, RT-02 y notas médicas, se determina que reúne los criterios del artículo 474 de la ley federal del trabajo, ya que acredita la relación causa-efecto del mecanismo de la lesión con el daño producido EN FUNCION Y CON MOTIVO DE SU TRABAJO

POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL TRABAJO SE CALIFICA COMO

"SI DE TRABAJO"	XXX	"NO DE TRABAJO"	
-----------------	-----	-----------------	--

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 110 DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO; 56, 57, 58, 59, 60, 61 y 62 DE LA LEY DEL ISSSTE; 15 FRACCION I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE; 63,131,126 FRACCION II, DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE; 3, 6 Y 11 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ; 8 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS. EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, EL TRABAJADOR TIENE 30 DIAS NATURALES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 58 DE LA LEY DEL ISSSTE; 78 Y DEMAS RELATIVOS DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ

LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORÓ: SALTILLO, COAHUILA A 12 DE FEBRERO DE 2021

DR ROBERTO GARZON MUZYDI, 10730941 NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA	Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA
LIC. JESUS LOREDO GONZALEZ Vo. Bo. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	LIC. MARTIN ALEJANDRO MADRIGAL RIOS SUBDELEGADO DE PRESTACIONES

C.c.p.

TRABAJADOR
DEPENDENCIA. PRESENTE
UNIDADES MÉDICAS. PRESENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA.
PRESENTE
SUBDELEGADO DE
PRESTACIONES. PRESENTE



SELLO DE LA
DELEGACIÓN

MEDICINA DEL TRABAJO

NOTAS IMPORTANTES: EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, ESTE FORMATO DEBERÁ CONTENER LA FIRMA DEL DELEGADO.



ALTA MÉDICA POR RIESGOS DEL TRABAJO
FORMATO RT-04

FECHA DE ELABORACION		
DÍA	MES	AÑO
12	02	21

DATOS DEL TRABAJADOR APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S)			RFC		
JOSE MARIA ALCALA ALVARADO			AAAM530327		
RIESGO DE TRABAJO CALIFICADO		<input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLE RT <input type="checkbox"/>		
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA			FECHA DEL RIESGO O PROBABLE RIESGO DE TRABAJO 12 DE DICIEMBRE DE 20		
I.S.S.S.T.E.			PUESTO QUE DESEMPEÑABA AL ACCIDENTARSE ASISTENTE DE DIRECCION		
FECHA DE REINICIO DE LABORES		FECHA DE REINICIO DE LABORES CON LETRA			
DÍA	MES	AÑO			
13	12	20			
DIAGNOSTICO MEDICO DE ALTA					
TRECE DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTE					
ALTA ADMINISTRATIVA					
NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA Y SERVICIO			NOMBRE Y FIRMA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA		
C.H. SALTILLO DR. Y GRAL. JOSÉ MA. RODRÍGUEZ, MEDICINA LABORAL					
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE FORMULA EL ALTA			FIRMA DEL PACIENTE		
DR ROBERTO GARZON MUVDI					
CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA		FECHA DE RECIBIDO POR EL PACIENTE		
10730941			DÍA MES AÑO		
		DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2021		21	
DICTAMEN DE AUSENCIA DE SECUELAS PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR MEDICINA DEL TRABAJO					
SIN SECUELAS VALUABLES					
NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO					
DR ROBERTO GARZON MUVDI 10730941					
MEDICINA DEL TRABAJO					