

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO**DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO****ST-2****DATOS DEL ASEGURADO**

1.APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	2.NÚMERO DE AFILIACIÓN
3.CURP	

4.MATRÍCULA	5.CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN
-------------	--

**DATOS DE LA EMPRESA**

6.NOMBRE O RAZON SOCIAL	7.REGISTRO PATRONAL
-------------------------	---------------------

**DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO**

8.TIPO DE RIESGO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE TRABAJO  INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9.FECHA DE ACCIONES DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO  10.INICIO DE LABORES	DIA  DIA	MES  MES	AÑO  AÑO
---	--	----------------	----------------	----------------

EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS EN LA PERMANENCIA EN EL TRABAJO DETERMINARA  
LA FECHA DE INICIO DE LABORES Y ALTA MÉDICA CORRESPONDIENTE

11.LUGAR	FIRMA DEL MÉDICO
NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE DICTAMEN	MATRÍCULA
SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO	

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO**DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO****ST-2****DATOS DEL ASEGURADO**

1.APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	2.NÚMERO DE AFILIACIÓN
3.CURP	

4.MATRÍCULA	5.CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN
-------------	--

**DATOS DE LA EMPRESA**

6.NOMBRE O RAZON SOCIAL	7.REGISTRO PATRONAL
-------------------------	---------------------

**DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO**

8.TIPO DE RIESGO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE TRABAJO  INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9.FECHA DE ACCIONES DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO  10.INICIO DE LABORES	DIA  DIA	MES  MES	AÑO  AÑO
---	--	----------------	----------------	----------------

EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS EN LA PERMANENCIA EN EL TRABAJO DETERMINARA  
LA FECHA DE INICIO DE LABORES Y ALTA MÉDICA CORRESPONDIENTE

11.LUGAR	FIRMA DEL MÉDICO
NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE DICTAMEN	MATRÍCULA
SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO	

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO**DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO****ST-2****DATOS DEL ASEGURADO**

1.APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)														2.NÚMERO DE AFILIACIÓN													
3.CURP																											

4.MATRÍCULA														5.CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN													
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DATOS DE LA EMPRESA**

6.NOMBRE O RAZON SOCIAL														7.REGISTRO PATRONAL													
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO**

8.TIPO DE RIESGO														9.FECHA DE ACCIONES DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO								DIA		MES		AÑO	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO				<input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO				<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE TRABAJO																			
10.INICIO DE LABORES														DIA		MES		AÑO									

EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS EN LA PERMANENCIA EN EL TRABAJO DETERMINARA  
LA FECHA DE INICIO DE LABORES Y ALTA MÉDICA CORRESPONDIENTE

11.LUGAR														FIRMA DEL MÉDICO													
NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE DICTAMEN														MATRICULA													
SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO																											