

NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE DICTAMEN

SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO

ATOS DEL ASEGURADO																				
APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)										2.NÚMERO DE AFILIACIÓN										
CURP																				
MATRÍCULA						5 CL A	VE PRE	SUPUE	STAL D	DE LA LI	NIDAD I	DE ADS	CRIPCI	ÓN						
WATRIOGEA						3.OLA		001 02	JIAL D		INDAD	DE ADO	T CITAL CI							
ATOS DE LA EMPRESA		,						,								•				,
NOMBRE O RAZON SOCIAL										7.REG	ISTRO	PATRO	NAL							
ATOS DEL RIESGO DE TRABAJO																				
TIPO DE RIESGO												9.FEC	HA DE /	ACCIOI	NES		DIA	MES	3	AÑO
ACCIDENTE DE AC	CIDENTE	EN		ENF	ERMEDA	ADES DE	Ē					DE RE	CLAMA	CION	DE LA					
TRABAJO TR	AYECTO			TRAI	BAJO							ENFE	RMEDA	D DE T	RABAJO	)				
	<b>-</b>	_	_														DIA	MES	3	AÑO
ICAPACIDAD PERMANENTE SI	N	0					ENICA	VSO DE I	DECE	NITAD	ECHEL		CIO DE			I EI TE	RABAJO I	DETER	DAINIA	. D A
								CHA DE										JE I Eh	CIVIIIN/A	AKA
I.LUGAR							T	T		1					MÉDIC					
OMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE D	ICTAMEN	٧		MAT	RICULA															
ERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO													-							
INSTITUTO MEXICANO DIRECCIÓN DE PRESTACIO	NES MÉ	DICAS	3	SOCI <i>A</i>	<b>AL</b>															
	NES MÉ	DICAS	3	SOCI <i>A</i>	<b>AL</b>								DICTA	MEN D	DE ALTA	A POR I	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD ATOS DEL ASEGURADO	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	SOCI <i>A</i>	<b>AL</b>								DICTA	MEN C	DE ALTA	A POR I	RIESGO		ABAJ ST-2	JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD ATOS DEL ASEGURADO	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	SOCIA	<b>AL</b>					2.NÚM	IERO D	E AFILI		MEN C	PE ALT#	A POR I	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	SOCIA	<b>AL</b>		1	1		2.NÚM	IERO D	E AFILI		MEN C	DE ALTA	A POR I	RIESGO			JO .
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO  APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	GOCIA	AL.					2.NÚM	IERO D	E AFILIL		MEN C	DE ALTA	A POR I	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO .APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  CURP	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	GOCIA	AL	5.CLA	    VE PRE	SUPUE	 				ACIÓN		DE ALTA	A POR	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  CURP	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	GOCIA	AL	5.CLA	VE PRE	SUPUES	STAL D				ACIÓN		DE ALTA	A POR I	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  CURP  MATRÍCULA ATOS DE LA EMPRESA	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	GOCIA	AL	5.CLA	VE PRE	SUPUES	 				ACIÓN		PE ALTA	A POR I	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  CURP  MATRÍCULA ATOS DE LA EMPRESA	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	GOCIA	AL.	5.CLA	VE PRE	SUPUES	BTAL D	DE LA U		DE ADS	ACIÓN		PE ALTA	A POR I	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO .APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI .CURP .MATRÍCULA .MATOS DE LA EMPRESA .NOMBRE O RAZON SOCIAL	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	GOCIA	AL	5.CLA	VE PRE	SUPUES	BTAL D	DE LA U	NIDAD I	DE ADS	ACIÓN		DE ALTA	A POR	RIESGO			JO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  DATOS DEL ASEGURADO .APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI .CURP .MATRÍCULA DATOS DE LA EMPRESA .NOMBRE O RAZON SOCIAL	NES MÉ EN EL T	DICAS	3	GOCIA	AL	5.CLA	VE PRE	SUPUES	 	DE LA U	NIDAD I	DE ADS	ACIÓN  CRIPCI  NAL	ÓN		A POR I			ST-2	
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO  .APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  .CURP  .MATRÍCULA  .MATOS DE LA EMPRESA .NOMBRE O RAZON SOCIAL  .TIPO DE RIESGO	NES MÉ EN EL T	DICAS RABA.	3			5.CLA		SUPUES	BTAL D	DE LA U	NIDAD I	DE ADS	ACIÓN	ÓN	NES	A POR I	RIESGO		ST-2	J <b>O</b>
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  DATOS DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  D. CURP  D. MATRÍCULA  DATOS DE LA EMPRESA  E. NOMBRE O RAZON SOCIAL  DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO  D. TIPO DE RIESGO  ACCIDENTE DE  ACC	NES MÉ EN EL T	DICAS RABA.	3	ENFI				SUPUES	BTAL D	DE LA U	NIDAD I	PATRO 9.FEC DE RE	CRIPCI NAL HA DE /	ÓN ACCIOI	NES				ST-2	
ATOS DE LA EMPRESA NOMBRE O RAZON SOCIAL  ATOS DEL RIESGO ACCIDENTE DE	NES MÉ EN EL T	DICAS RABA.	3	ENFI	ERMEDA			SUPUES	GTAL D	DE LA U	NIDAD I	PATRO 9.FEC DE RE	CRIPCI NAL HA DE /	ÓN ACCIOI	NES DE LA				ST-2	
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  ATOS DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  CURP  MATRÍCULA ATOS DE LA EMPRESA NOMBRE O RAZON SOCIAL  ATOS DEL RIESGO DE TRABAJO TIPO DE RIESGO  ACCIDENTE DE TRABAJO TR	E(S)	DICAS RABA.	3	ENFI	ERMEDA		=			7.REG	NIDAD I	PATRO 9.FEC DE RE ENFEI	ACIÓN  CRIPCI  NAL  HA DE A  CLAMA  RMEDAI	ACCION CON ET DE T	NES DE LA RABAJO		DIA	MES	S	AÑO
DIRECCIÓN DE PRESTACIO COORDINACIÓN DE SALUD  DATOS DEL ASEGURADO  .APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRI  .CURP  .MATRÍCULA  DATOS DE LA EMPRESA .NOMBRE O RAZON SOCIAL  DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO .TIPO DE RIESGO ACCIDENTE DE TRABAJO TR.	E(S)	DICAS RABA.	3	ENFI	ERMEDA		EN CA		PRESE	7.REG	NIDAD I	PATRO  9.FEC DE RE ENFEI  10.INIG	ACIÓN  CRIPCI  NAL  HA DE A  RMEDAI  CIO DE  LA PER	ÁCCION E DE T	NES DE LA RABAJO RES	D NELTR	DIA DIA RABAJO I	MES	S	AÑO

MATRICULA



## 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	1																						
4.MATRÍCULA 5.CLAVE PRESUPUESTAL									STAL D	DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN													
DATOS DE LA EMPRESA																							
6.NOMBRE O RAZON SOCIAL										7.REGI	ISTRO	PATRO	NAL										
DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO										•			•										
8.TIPO DE RIESGO												9.FEC	HA DE /	ACCION	IES		DIA	MES		AÑO			
ACCIDENTE DE	ACCIE	ENTE EN		ENFE	RMEDA	DES DE						DE RE	CLAMA	CION D	E LA								
TRABAJO TRAYECTO TRABAJO											ENFERMEDAD DE TRABAJO												
																	DIA	MES		AÑO			
INCAPACIDAD PERMANENTE	SI	NO										10.INI	CIO DE	LABOR	ES								
EN CASO DE PRESENTAR SE												ELAS EN LA PERMANENCIA EN EL TRABAJO DETERMINARA											
LA FECHA DE INICIO DE												LABORES Y ALTA MÉDICA CORRESPONDIENTE											
11.LUGAR													FIRM	A DEL	MÉDIO	co							
NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMU	ILÓ ESTE DIC	ΓΑΜΕΝ		MATR	RICULA			ı															
SERVICIO DE SALLID EN EL TRABA.I	IO																						