



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

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

ST-7
DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

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	

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)				8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)													
9) CURP																					
10) EDAD (AÑOS)		11) SEXO M ☐ F ☐		12) ESTADO CIVIL		13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO											
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO						14) TELEFONO				15) CODIGO POSTAL											
16) UMF DE ADSCRIPCION		17) DELEGACION (IMSS)		18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO				19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA													
				DIA		MES		AÑO		HORA		DIA		MES		AÑO		HORA			
20) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE; EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS																					
21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION																					
22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL																					
23) TRATAMIENTO(S)																					
24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACION ALCOHOLICA SI ☐ NO ☐ INTOXICACION POR ENERVANTES SI ☐ NO ☐												OTROS: DESCRIPCION									
25) OTRAS CONDICIONES HUBO RIÑA SI ☐ NO ☐ EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI ☐ NO ☐												SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE									
26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE																					
27) INCAPACIDAD INICIAL		AMERITA INCAPACIDAD SI ☐ NO ☐		FECHA DE INICIO				No. DE FOLIO				No. DE DIAS AUTORIZADO		28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE							
				DIA		MES		AÑO													
29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE						MATRICULA				FIRMA (MEDICO TRATANTE)				30) 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: _____

DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO 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 O ENFERMEDAD					12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION					13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE					14) SALARIO DIARIO				
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)					16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)					17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE					EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL				
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA	MES	AÑO		HORA		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA	MES	AÑO		HORA					
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA ☐ EN UNA COMISION ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐																			
21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD(ES) DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS																			
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD										23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD									
										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 DEL PATRON O DE LA EMPRESA									

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 O ENFERMEDAD																			
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) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO SI ☐ NO ☐				40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO SI ☐ NO ☐				41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI ☐ NO ☐				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 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: