



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

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

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

DATOS DEL PATRON

ST-7

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	

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		7) APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)									
8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)				9) C.U.R.P.		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) U.M.F. DE ADSCRIPCION				
17) DELEGACION (IMSS)		18) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE		19) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO				20) FECHA Y HORA DE RECEPCION EN EL SERVICIO MEDICO			
				DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
21) SEÑALAR CLARAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE											
* ANEXO NOTA MEDICA CON FECHA _____											
22) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION											
23) IMPRESION DIAGNOSTICA											
24) TRATAMIENTOS											
25) 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"/>							
26) OTRAS CONDICIONES HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						27) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL (ESPECIFIQUE)					
28) INCAPACIDAD INICIAL		AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO DIA MES AÑO			NUMERO DE FOLIO		NUMERO DE DIAS AUTORIZADOS		29) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE:
30) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE				MATRICULA		FIRMA (MEDICO TRATANTE)		31) 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, 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 COMPLEMENTARIOS 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		17) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)	
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE		16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)	
DIA		MES		AÑO	
HORA		DIA		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 DE SU REPRESENTANTE LEGAL			29) LUGAR Y FECHA		
30) FIRMA DEL PATRON O DE 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		38) DELEGACION
DIA		MES		AÑO	
39) EL ACCIDENTE 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"/>	
41) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA					

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILIS SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

FECHA: _____