



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS

**AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y  
CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO**

**PARA USO EXCLUSIVO DE AFILIACION DEL IMSS**

**ST-7**

NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:

DOMICILIO DE LA EMPRESA:

TELEFONO

REGISTRO PATRONAL

**PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA**

1) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				2) APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)				3) SE IDENTIFICA CON (IDENTIFICACION OFICIAL, ESPECIFICAR)															
4) EDAD				5) SEXO		6) ESTADO CIVIL		7) DOMICILIO: CALLE				NUMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO									
8) CURP				M		F																	
9) POBLACION O ESTADO						10) TELEFONO						11) CODIGO POSTAL											
12) UMF DE ADSCRIPCION				13) DELEGACION				14) FECHA DE PROBABLE ACCIDENTE DE				15) FECHA DE LA CONSULTA											
								DIA		MES		AÑO		HORA		DIA		MES		AÑO		HORA	
16) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDADES DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS																							
17) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION																							
18) DIAGNOSTICOS NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMICO FUNCIONAL																							
19) TRATAMIENTO (S)																							
20) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X) SOLO EN CASO DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO												OTROS: DESCRIPCION											
INTOXICACION ALCOHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																							
21) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X) SOLO EN CASO DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO												SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS											
HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE											
22) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL																							
23) INCAPACIDAD INICIAL				NUMERO DE FOLIO				DIA MES AÑO				24) AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				NO. DE DIAS AUTORIZADOS		25) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE:					
26) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE						27) MATRICULA						28) FIRMA (MEDICO TRATANTE)						29) 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 AQUÍ 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) ACTIVIDAD O GIRO		2) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA			3) REGISTRO PATRONAL				4) TELEFONO						
5) CORREO ELECTRONICO		6) DOMICILIO: CALLE			7) NUMERO		8) COLONIA			9) CODIGO POSTAL					
10) NOMBRE DEL TRABAJADOR								11) NUMERO DE SEGURO SOCIAL							
12) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD					13) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION			14) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE							
15) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES															
16) MATRICULA DEL IMSS				17) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS											
18) FECHA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO						19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD									
DIA		MES		AÑO		HORA		DIA		MES		AÑO		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 , EN CASO DE ENFERMEDADES DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION DE 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 COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD									
DIA		MES		AÑO		HORA		DIA		MES		AÑO		HORA	
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE															
25) SI LA 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) NOMBRE DEL PÁTRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						28) LUGAR Y FECHA									
29) FIRMA DEL PÁTRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						30) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA									

**DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)**

31) DIAGNOSTICO NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD																			
32) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION																			
33) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				34) MATRICULA DEL IMSS				35) LUGAR Y FECHA				36) UNIDAD MEDICA		37) DELEGACION					
38) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		40) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD 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 HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION , EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE

RECIBI COPIA ST-7

FECHA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR , BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL