


## Formato ST-3

# Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO	1) FOLIO NO.	ST-3
DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO			
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>			
2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S)		3) NUMERO DE AFILIACION	
4) CURP	5) SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	6) IDENTIFICACION OFICIAL	
7) MATRICULA	8) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION	9) OCUPACION	10) TELEFONO
11) DOMICILIO, CALLE	NUMERO	C.P.	CIUDAD Y ESTADO
<b>DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA</b>			
12) NOMBRE O RAZON SOCIAL		13) REGISTRO PATRONAL	
14) DOMICILIO, CALLE	NUMERO	C.P.	CIUDAD Y ESTADO
<b>DICTAMEN</b>			
15) INICIAL <input type="checkbox"/> 16) CAPITAL CONSTITUTIVO <input type="checkbox"/> 17) REVALUACION <input type="checkbox"/>			
18) LAUDO/CONVENIO <input type="checkbox"/> NO. EXP. LAB. <input type="checkbox"/> FECHA LAUDO/CONVENIO <input type="checkbox"/>			
TIPO DE DICTAMEN		TIPO DE RIESGO	
19) INCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/>	20) DEFUNCION <input type="checkbox"/>	21) ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	22) ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/>
CARACTER DEL DICTAMEN		23) ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	
24) PROVISIONAL <input type="checkbox"/>	25) DEFINITIVO <input type="checkbox"/>	26) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO	
		DIA	MES
		ANO	HORA
		27) FECHA DE LA DEFUNCION	
		DIA	MES
		ANO	HORA
28) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S), CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS			
29) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO			
TRATAMIENTO QUIRURGICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE OTORGO PROTESIS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE OTORGO ORTESIS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
30) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES			
SESUGIERE APLICAR "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
31) INCAPACIDAD ORGANO FUNCIONAL (SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO)		32) INICIO DE PENSION	
		DIA	MES
		ANO	
33) OBSERVACIONES		34) FECHA DE REVALUACION	
		DIA	MES
		ANO	
35) LUGAR Y FECHA		36) DELEGACION	
UNIDAD MEDICA			
37) NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN		MATRICULA	
38) APROBACION DEL CORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO		39) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST	
EXPEDIENTE CLINICO		40) AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO	

# Formato ST-3

## Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS**  
**COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO**

1) No Folio: 304080011

08/08/2008

**DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE  
 O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO ST-3**

**DATOS DEL ASEGURADO**

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S) CAMACHO REYES FROILAN		2) NUMERO DE AFILIACION 81945400513	
3) C.U.R.P. CARF540205TUP6S8D1	SEXO MASCULINO	IDENTIFICACION OFICIAL CREDENCIAL PARA VOTAR 0091014359435	
4) MATRICULA	5) UNIDAD DE ADSCRIPCION LABORAL	OCUPACION CONDUCTORES DE AUTOMOVILES, TAXIS Y CAMIONETAS	TELEFONO 9811037679
6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO CALLE 4 DE JUNIO NO. 82		C.P. 24099	ESTADO CAMPECHE
CIUDAD SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			

**DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA**

7) NOMBRE O RAZON GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE		8) REGISTRO PATRONAL A101110110	
9) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO CALLE 8		C.P. 24000	ESTADO CAMPECHE
CIUDAD SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			

**DICTAMEN: INICIAL**


TIPO DE DICTAMEN <input type="checkbox"/> 10) INCAPACIDAD PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> 11) DEFUNCION	TIPO DE RIESGO ACCIDENTE DE TRABAJO
CARACTER DEL DICTAMEN Definitivo	17) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO 10/07/2008	18) FECHA DE DEFUNCION 10/07/2008

19) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS  
 Conductor de camioneta, que es comisionado del 7 al 11 de julio de 2008, a las localidades de pital viejo, mango y km 59, nueva esperanza, encanto y ranchos area de seyba, con el objeto de realizar actividades de atencion primaria a la salud y al regresar de candelaria a campeche, en el km 243 700 de la carretera Villahermosa-escarcega, tramo 3 brazos-nueva esperanza, pierde el equilibrio, derrapando y volcandose, muriendo en el lugar del accidente, de acuerdo al acta del ministerio publico y necropsia de medicos peritos con DX. DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO Y TORACICO GRADO IV POR CONTUSION INDIRECTA.

**DELEGACION CAMPECHE**  
**SUBDELEGACION CAMPECHE**  
 08 AGO. 2008  
**RECIBIDO**  
 DEPARTAMENTO

## Formato ST-3

### Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo

20) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO 1. Defunción -			
TRATAMIENTO QUIRURGICO		NO	SE OTORGO PROTESIS
			NO
		SE OTORGO ORTESIS	NO
21) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES 1 Fraccin 0 - 0 % Incapacidad Permanente			
SE SUGIERE APLICAR TABLA "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
22) INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL (SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO) 0% Cero por ciento.		23) INICIO DE LA PENSION 10/07/2008	FECHA DE REVALUACION
24) OBSERVACIONES Anexo acta de la Policía Federal Preventiva, Ministerio publico, necropsia, pliego de comisión del trabajador.			
25) LUGAR Y FECHA CAMPECHE 08/08/2008		UNIDAD MEDICA HGZ con M.F. No. 1	26) DELEGACION CAMPECHE
27) NOMBRE DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN RUFINA VILLALOBOS QUEVEDO		MATRICULA 7413521	
29) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO	30) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST	31) AUTORIZACION Y FIRMA DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO  LUIS MIGUEL ARISPE GOSHILLO 4163478	