



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 <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				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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												OTROS: DESCRIPCION											
25) OTRAS CONDICIONES HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE											
26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE																							
27) INCAPACIDAD INICIAL		AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		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: _____

REPRODUCCIONES GRAFICAS/IMSS

