



**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<br>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)   |  |  |                               | OTROS: DESCRIPCION  |                                |
| INTOXICACION ALCOHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |  | INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    |                               |   |                                |
| 25) OTRAS CONDICIONES  |  |  |                               | SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE |                                |
| HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |  | EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                               |   |                                |
| 26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE   |  |  |                               |   |                                |
| 27) INCAPACIDAD INICIAL  | AMERITA INCAPACIDAD<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | FECHA DE INICIO  |                               | No. DE FOLIO  | No. DE DIAS AUTORIZADO         |
|  |  | 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<br>(NOMBRE Y FIRMA)                           | FAMILIAR O REPRESENTANTE<br>(NOMBRE Y FIRMA) | TESTIGO<br>(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<br>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 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  |  |  |  | 40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO                |  |  |  | 41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO                |  |  |  | 42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA |  |                   |  |     |     |                |  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                |  |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |  |  |                                   |  |                   |  |     |     |                |  |

**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: \_\_\_\_\_