



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

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