



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y
CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE
DE TRABAJO ST-7

FOLIO: _____

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA H.AYUNTAMIENTO DE RUIZ,NAYARIT	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO DOCTOR SALAZAR # 274	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO COLONIA CENTRO	
3) CÓDIGO POSTAL 63600	4) TELÉFONO FIJO 3192330117
5) REGISTRO PATRONAL H1010106101	
D.V.	

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 2199-78-1558-0 1M1978 OR		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) MUÑOZ MORA FRANCISCO		
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) IFE 0343053854782			9) CURP MUMF781004HNTXRR07		10) EDAD (AÑOS) 43 A
11) SEXO M ☒ F ☐	12) ESTADO CIVIL CASADO	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO CALLE MEXICO S/N			COLONIA O FRACCIONAMIENTO VADO DE SAN PEDRO
ALCALDÍA O MUNICIPIO RUIZ		CIUDAD Y ESTADO RUIZ,NAYARIT	CÓDIGO POSTAL 63600	14) TELÉFONO FIJO 3231178633	TELÉFONO CELULAR 3231178633
15) CORREO ELECTRÓNICO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF#9		17) OOAD (IMSS)	
18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE 06/04/2022		19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 8:00 AM A 8:00HRS AM		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 07 MES 04 AÑO 2022 HORA 13:00	
21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA 07 MES 04 AÑO 2022 HORA 16:30					

SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD EL CUAL REFIERE TRABAJA EN AYUNTAMIENTO DE SEGURIDAD PUBLICA Y EL DIA DE HOY 7 DE ABRIL 2022 APROXIMADAMENTE A LAS 13 HRS AL IR CORRIENDO,PERSIGUIENDO UN DELINCUENTE PARA DETENERLO PRESENTA UN CHASQUIDO EN RODILLA DERECHA LO QUE PROVOCA DOLOR INTENSO Y MARCHA CLAUDICANTE.

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

CONSCIENTE,TRANQUILO,ORIENTADO,BUENA HIDRATACION Y COLORACION TEGMENTARIA,AREA CARDIACA RUIDOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD,CAMPOS BIEN VENTILADOS,SIN RUIDOS AGREGADOS,SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,ABDOMEN GLOBOSO POR PANICULO,NO MASAS NI DOLOR,PERISTALSIS NL,MS INTEGROS CON LEVE EDEMA EN RODILLA DERECHA ASI COMO DOLOR A LA PALPACION Y LOS MOVIMIENTOS BOSTEZO POSITIVO CAJON NEGATIVO,LIMITACION DE LA FUNCION,SIN CAMBIOS D4E COLORACION,PULSOS PRESENTES NORMALES,LLENADO CAPILAR INMEDIATO,RESTO SIN COMPROMISO

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

TENDINITIS RODILLA DERECHA

25) TRATAMIENTO(S)

DICLOFENACO 75MGS IM,PARACETAMOL VO 500MGS C/6HRS,DICLOFENACO VO 100MGS C/12HRS ENVIO MEDICINA FAMILIAR.

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA?

SÍ ☐ NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

SÍ ☒ NO ☐

FECHA DE INICIO

DÍA **07** MES **04** AÑO **2022**

NÚMERO DE FOLIO

XV309919

NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS

1

30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:

MEDICINA FAMILIAR

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

ILIANA YOSHIMA GUTIERREZ HDEZ.

32) MATRÍCULA

99192627

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

UMF# 9

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

FRANCISCO MUÑOZ MORAAsegurado
muñoz 2 (NOMBRE Y FIRMA)BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL
ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO
O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

NOTA: EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL				D.V.							
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO						COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO									
CIUDAD Y ESTADO				CÓDIGO POSTAL		5) TELÉFONO FIJO				6) CORREO ELECTRÓNICO									
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR				8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				D.V.		9) OCUPACIÓN									
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO				CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL					
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE				12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE				EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS 14) MATRÍCULA				15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL					
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		DÍA		MES		AÑO		HORA		17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE		DÍA		MES		AÑO		HORA	
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE																			
EN LA EMPRESA ☐ EN UNA COMISIÓN ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐																			
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES)																			
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE												21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE							
												DÍA		MES		AÑO		HORA	
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIÓ O PRESENCIARON EL ACCIDENTE																			
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA										24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA									
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL										26) LUGAR Y FECHA					27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)				

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

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)										
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN										
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.										
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO ☐ TRAYECTO ☐ SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ ☐ NO ☐										
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN				33) MATRÍCULA		34) FECHA DE CALIFICACIÓN		35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD		
						DÍA MES AÑO				
NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.										
36) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN										
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO								FECHA: _____		
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.										
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.					39) MATRÍCULA		40) FECHA		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	
							DÍA MES AÑO			

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA Municipio de Ruiz del Estado de Servicios Generales		2) ACTIVIDAD O GIRO H10-10106-10-1		3) REGISTRO PATRONAL D.V.	
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO Hidalgo # 214		COLONIA O FRACCIONAMIENTO Centro		ALCALDÍA O MUNICIPIO Ruiz	
CIUDAD Y ESTADO Huayarit		CÓDIGO POSTAL 63600	5) TELÉFONO FIJO 3192330150	6) CORREO ELECTRÓNICO tesoreira29-ruiz@hotmail.com	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR Francisco Muñoz Mora		8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 2199-78-1558-01		9) OCUPACIÓN Patollero	
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO Mexico 51n		COLONIA O FRACCIONAMIENTO Vado San Pedro		ALCALDÍA O MUNICIPIO Ruiz	
CIUDAD Y ESTADO Huayarit		CÓDIGO POSTAL 63600			
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 8:00am a 8:00pm		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA 06/04/2022		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE 06/04/2022	
14) MATRÍCULA 07 04 2022 13:00		15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL 07 04 2022 5:30 pm			
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE 07 04 2022 13:00					
17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE 07 04 2022 5:30 pm					
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA ☒ EN UNA COMISIÓN ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐					
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES) Al ir corriendo persiguiendo a un delinvente lo abraza y cae de rodillas, al momento de levantarse siente un dolor fuerte ocasionando molestias al caminar.					
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE Julio Cesar Pantoja Marquez				21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DÍA 07 MES 04 AÑO 2022 HORA 1:00 pm	
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIÓ O PRESENCIARON EL ACCIDENTE					
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA			24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA		
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL			26) LUGAR Y FECHA		27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)

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

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)					
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN					
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.					
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO ☐ TRAYECTO ☐			SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ ☐ NO ☐		
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN		33) MATRÍCULA	34) FECHA DE CALIFICACIÓN DÍA MES AÑO		35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD
NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.					
36) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN					
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO					FECHA:
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.					
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.		39) MATRÍCULA	40) FECHA DÍA MES AÑO		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y
CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE
DE TRABAJO ST-7

FOLIO: _____

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA H.AYUNTAMIENTO DE RUIZ,NAYARIT	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO DOCTOR SALAZAR # 274	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO COLONIA CENTRO	
3) CÓDIGO POSTAL 63600	4) TELÉFONO FIJO 3192330117
5) REGISTRO PATRONAL H1010106101	
D.V.	

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 2199-78-1558-0 1M1978 OR		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) MUÑOZ MORA FRANCISCO										
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) IFE 0343053854782			9) CURP MUMF781004HNTXRR07		10) EDAD (AÑOS) 43 A								
11) SEXO M ☒ F ☐		12) ESTADO CIVIL CASADO		13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO CALLE MEXICO S/N		COLONIA O FRACCIONAMIENTO VADO DE SAN PEDRO							
ALCALDÍA O MUNICIPIO RUIZ		CIUDAD Y ESTADO RUIZ,NAYARIT		CÓDIGO POSTAL 63600		14) TELÉFONO FIJO 3231178633		TELÉFONO CELULAR 3231178633		15) CORREO ELECTRÓNICO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN UMF#9	
17) OOAD (IMSS)		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE 06/04/2022		19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 8:00 AM A 8:00HRS AM		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 07 MES 04 AÑO 2022 HORA 13:00				21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DÍA 07 MES 04 AÑO 2022 HORA 16:30			

22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD EL CUAL REFIERE TRABAJA EN AYUNTAMIENTO DE SEGURIDAD PUBLICA Y EL DIA DE HOY 7 DE ABRIL 2022 APROXIMADAMENTE A LAS 13 HRS AL IR CORRIENDO,PERSIGUIENDO UN DELINCUENTE PARA DETENERLO PRESENTA UN CHASQUIDO EN RODILLA DERECHA LO QUE PROVOCA DOLOR INTENSO Y MARCHA CLAUDICANTE.

23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

CONSCIENTE,TRANQUILO,ORIENTADO,BUENA HIDRATACION Y COLORACION TEGMENTARIA,AREA CARDIACA RUIDOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD,CAMPOS BIEN VENTILADOS,SIN RUIDOS AGREGADOS,SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,ABDOMEN GLOBOSO POR PANICULO,NO MASAS NI DOLOR,PERISTALSIS NL,MS INTEGROS CON LEVE EDEMA EN RODILLA DERECHA ASI COMO DOLOR A LA PALPACION Y LOS MOVIMIENTOS BOSTEZO POSITIVO CAJON NEGATIVO,LIMITACION DE LA FUNCION,SIN CAMBIOS D4E COLORACION,PULSOS PRESENTES NORMALES,LLENADO CAPILAR INMEDIATO,RESTO SIN COMPROMISO

24) DIAGNÓSTICO(S) CIE

TENDINITIS RODILLA DERECHA

25) TRATAMIENTO(S)

DICLOFENACO 75MGS IM,PARACETAMOL VO 500MGS C/6HRS,DICLOFENACO VO 100MGS C/12HRS ENVIO MEDICINA FAMILIAR.

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RIÑA?

SÍ ☐ NO ☒

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL AMÉRITA INCAPACIDAD SÍ ☒ NO ☐	FECHA DE INICIO			NÚMERO DE FOLIO XV309919	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS 1	30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: MEDICINA FAMILIAR
	DÍA 07	MES 04	AÑO 2022			

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

ILIANA YOSHIMA GUTIERREZ HDEZ.

32) MATRÍCULA

99192627

33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD

UMF# 9

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

FRANCISCO MUÑOZ MORA

ASEGURADO
(NOMBRE Y FIRMA)

BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL
ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)

TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO
O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

NOTA: EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.