



AVISO PARA CALIFICAR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

ATENCIÓN MÉDICA INICIAL				
1/ Unidad médica que atiende		2/ Unidad médica de adscripción		
3/ Fecha y hora del accidente		4/ Fecha y hora de la consulta		
5/ Nombre completo del paciente			6/ Clave ISSEMyM	
7/ Domicilio (calle, No. exterior, interior, colonia, localidad y municipio)			8/ Teléfono fijo o móvil	
9/ Edad	10/ Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	11/ Ocupación		12/ Dependencia o institución pública
13/ Signos y síntomas (marque con una "x") Intoxicación alcohólica Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Intoxicación por enervantes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			14/ Otros (descripción)	
15/ Otras condiciones (marque con una "x") Hubo riña: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Existe evidencia de simulación: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			16/ Si existe evidencia de haberse provocado las lesiones intencionalmente, especifique:	
17/ Atención médica previa extra-institucional (especifique)				
18/ Amerita incapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		19/ Fecha de inicio (día, mes y año)	20/ No. de folio	21/ No. de días autorizados
22/ El paciente se envía al servicio de:				
23/ Diagnóstico				
24/ Plan de seguimiento o tratamiento				
25/ Clave del médico				
26/ Médico			27/ Paciente y/o persona responsable	
_____ Nombre completo y firma			_____ Nombre completo y firma	

PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCIÓN PÚBLICA

28/ Nombre		29/ Clave de la institución pública ante el ISSEMyM	
30/ Domicilio (calle, No. exterior, interior, colonia, localidad y municipio)			31/ Teléfono fijo o móvil
32/ Puesto funcional del servidor público	33/ Puesto nominal del servidor público	34/ Antigüedad	35/ Sueldo mensual \$ _____
36/ Horario de trabajo el día del accidente		37/ Día de descanso previo al accidente	
38/ Fecha y hora en la que ocurrió el accidente		39/ Fecha y hora en que el trabajador suspendió sus labores por causa del accidente	
40/ Circunstancia en la que ocurrió el accidente En el centro de trabajo <input type="checkbox"/> En una comisión <input type="checkbox"/> En el trayecto al trabajo <input type="checkbox"/> En el trayecto al domicilio <input type="checkbox"/> Laborando tiempo extra <input type="checkbox"/>			
41/ Descripción precisa de la forma y el sitio o área de trabajo en que ocurrió el accidente			
42/ Nombre completo de la persona de la institución pública que tomó conocimiento inicial del accidente		43/ Fecha y hora de comunicación del mismo	
44/ La primera atención médica fue proporcionada por			
45/ Autoridades oficiales que tomaron conocimiento del accidente (anexar copia certificada)			
46/ Observaciones			47/ Lugar y fecha
48/ Nombre completo y firma del jefe superior inmediato del servidor público		49/ Sello de la dependencia o institución pública	
Nota: El jefe inmediato superior del servidor público será aquel que aparezca en la estructura orgánica de la institución pública o el área de recursos humanos correspondiente.			
PARA USO EXCLUSIVO DE SALUD EN EL TRABAJO			
50/ Dictamen de calificación Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de trayecto <input type="checkbox"/>			
51/ Fecha en que se presentó por primera vez para atención médica en el ISSEMyM			
52/ Diagnóstico			
53/ Fundamento legal de la calificación			
54/ Observaciones			
55/ Se acepta como riesgo de trabajo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
56/ Nombre completo y clave del médico que elaboró		57/ Firma del médico	
58/ Unidad médica donde se emite		59/ Lugar y fecha	