



PARA USO DEL IMSS CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

**DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA
POR RIESGO DE TRABAJO ST-8**
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR

1) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		2) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
3) CURP			
4) MATRICULA (EN TRABAJADOR IMSS)		5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION (EN TRABAJADOR IMSS)	
6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO		CODIGO POSTAL	7) TELEFONO

DATOS DEL PATRON

8) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA		9) REGISTRO PATRONAL	
10) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO		CODIGO POSTAL	11) TELEFONO

ANTECEDENTE DE LA CALIFICACION DEL RIESGO DE TRABAJO (ANEXAR COPIA DEL DICTAMEN ST-7)

12) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			13) DIAGNOSTICO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			
DIA	MES	AÑO				
14) EL RIESGO SE CALIFICO COMO:						
ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE DE TRAYECTO <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		
15) LUGAR DE LA CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO		UNIDAD MEDICA	DELEGACION	16) FECHA DE CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO		
				DIA	MES	AÑO

1. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

17) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO						
18) FECHA DE RECAIDA			19) SE ACEPTA RECAIDA		20) MOTIVO DE LA RECAIDA	
DIA	MES	AÑO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
21) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				22) MATRICULA		23) FIRMA DEL MEDICO
24) FECHA	DIA	MES	AÑO	25) LUGAR	26) UNIDAD MEDICA	27) DELEGACION

2. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

28) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO													
29) FECHA DE RECAIDA			30) SE ACEPTA RECAIDA		31) MOTIVO DE LA RECAIDA								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">DIA</td> <td style="width:33%;">MES</td> <td style="width:33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			DIA	MES				AÑO				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIA	MES	AÑO											
32) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				33) MATRICULA		34) FIRMA DEL MEDICO							
35) FECHA	DIA	MES	AÑO	36) LUGAR		37) UNIDAD MEDICA	38) DELEGACION						

3. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

39) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO													
40) FECHA DE RECAIDA			41) SE ACEPTA RECAIDA		42) MOTIVO DE LA RECAIDA								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">DIA</td> <td style="width:33%;">MES</td> <td style="width:33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			DIA	MES				AÑO				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIA	MES	AÑO											
43) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				44) MATRICULA		45) FIRMA DEL MEDICO							
46) FECHA	DIA	MES	AÑO	47) LUGAR		48) UNIDAD MEDICA	49) DELEGACION						

50) OBSERVACIONES

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-8 FECHA: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL