

1) NOMBRE O RAZON SOCIAL
2) REGISTRO PATRONAL

**PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA-DATOS DEL PATRON**

3) ACTIVIDAD O GIRO	4) TELEFONO
5) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO	C.P.
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, POBLACION Y ESTADO	

PARA USO DEL IMSS  
 CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

**DATOS DEL TRABAJADOR**

6) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		7) SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8) NUMERO DE AFILIACION
9) CURP			
10) MATRICULA	11) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION		
12) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO	C.P.	COLONIA O FRACCIONAMIENTO	
13) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL ACCIDENTARSE	ANTIGÜEDAD EN LA MISMA	14) SALARIO DIARIO	
15) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE	EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL	16) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE	

**DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO**

ACCIDENTE  ENFERMEDAD

17) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE	18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO SUS LABORES POR CAUSA DEL ACCIDENTE	DIA	MES	AÑO	HORA
19) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE					
<input type="checkbox"/> EN LA EMPRESA		<input type="checkbox"/> EN UNA COMISION		<input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO	
<input type="checkbox"/> EN LA EMPRESA		<input type="checkbox"/> EN UNA COMISION		<input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> EN LA EMPRESA		<input type="checkbox"/> EN UNA COMISION		<input type="checkbox"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA	

20) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O AREA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIO EL ACCIDENTE EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS

21) PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE	FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL MISMO	DIA	MES	AÑO	HORA
---	--	-----	-----	-----	------

22) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS ANOTAR QUIEN LO HIZO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO

23) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA

24) OBSERVACIONES

25) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE

27) LUGAR Y FECHA

26) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA

FIRMA DEL PATRON O DE SU REPRESENTANTE

**DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO)**

28)	ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			
29) FECHA EN QUE SE PRESENTO POR PRIMERA VEZ A LA ATENCION MEDICA EN EL IMSS	UNIDAD	DELEGACION	DIA	MES	AÑO	HORA
30) DIAGNOSTICOS (S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD						
31) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION					32) SE ACEPTA COMO RIESGO DE TRABAJO (ANOTAR SI O NO DE TRABAJO)	
33) NOMBRE Y MATRICULA DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN					34) FIRMA DEL MEDICO	
35) LUGAR Y FECHA					UNIDAD MEDICA	
					DELEGACION	

**DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO**

36) DIAGNOSTICO (S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO	37) FECHA DE LA RECAIDA		
	DIA	MES	AÑO
38) SE ACEPTA RECAIDA    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MOTIVO DE LA RECAIDA			
39) NOMBRE Y MATRICULA DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN		40) FIRMA DEL MEDICO	
41) LUGAR Y FECHA		UNIDAD MEDICA	
		DELEGACION	

**DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO**

42) DIAGNOSTICO (S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO	43) FECHA DE LA RECAIDA		
	DIA	MES	AÑO
44) SE ACEPTA RECAIDA    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MOTIVO DE LA RECAIDA			
45) NOMBRE Y MATRICULA DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN		46) FIRMA DEL MEDICO	
47) LUGAR Y FECHA		UNIDAD MEDICA	
		DELEGACION	

48) OBSERVACIONES
-------------------