

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: 154-08

DATOS DEL PATRÓN

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA<br>SIEBENWURST TATEMATSU MEXICO                    |                                |
| 2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO<br>LA MACHORRA LOTA 62-431 KM2+2000                          |                                |
| COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDIA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO<br>PARQUE TECNOLÓGICO INOVACION QRO |                                |
| 3) CÓDIGO POSTAL<br>76246  | 4) TELÉFONO FIJO<br>4424516082 |
| 5) REGISTRO PATRONAL<br>E261395610   |                                |
| D.V.<br>1  |                                |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>8980 64 1474 1M1964OR                                      |   | D.V.<br>7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)<br>MONROY CHAVEZ ALBERTO |   |
| 8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)<br>CARTILLA NACIONAL DE SALUD                       |   | 9) CURP<br>MOCA640414HVZNHL09   |   |
| 10) EDAD (en años)<br>57  |   |   |   |
| 11) SEXO<br>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                | 12) ESTADO CIVIL<br>CASADO                            | 13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO<br>CONDOMINIO CERVANTES #100                |   |
| ALCALDIA O MUNICIPIO<br>EL MARQUES  |   | COLONIA O FRACCIONAMIENTO<br>PASEOS EL MARQUES                            |   |
| CIUDAD Y ESTADO<br>QUERETARO  | CÓDIGO POSTAL<br>76245                                | 14) TELÉFONO FIJO<br>5535711474   | 15) TELÉFONO CELULAR  |
| 16) UMF DE ADSCRIPCIÓN<br>8   |   | 17) CORREO ELECTRÓNICO  |   |
| 17) GOAD (IMSS)<br>23   | 18) DÍA DE DESCANSO<br>PREVIO AL ACCIDENTE<br>DOMINGO | 19) HORARIO DE TRABAJO<br>EL DÍA DEL ACCIDENTE<br>14:00 A 21:30           | 20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE<br>TRABAJO<br>DÍA MES AÑO HORA<br>09 02 2022 17:30 |
| 21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO<br>DÍA MES AÑO HORA<br>01 03 2022 08:28 |   |   |   |

22) SEÑALAR CLARAMENTE DONDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

ACUDE PACIENTE MASCULINO DE 57 AÑOS, ACUDE SOLICITANDO ST7. ACUDIÓ A CONSULTA DE CONTROL DE DIABETES EL 18/02/22 Y MENCIONÓ GONALGIA DERECHA DE 1 MES DE EVOLUCIÓN, SIN EMBARGO NO MENCIONÓ ACCIDENTE LABORAL NI TRAUMATISMOS PREVIOS, EL DÍA DE HOY ACUDE REFIRIENDO QUE SI HABÍA PRESENTADO ROTACIÓN FORZADA DE RODILLA DERECHA PREVIO AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS. . . EL 23/02/21 ACUDIÓ NUEVAMENTE A CONSULTA. LE COLOCARON FÉRULA INMOVILIZADORA, ACTUALMENTE REFIERE DOLOR INTENSO EN REGIÓN MEDIAL DE RODILLA, LA CUAL INCREMENTA AL DEAMBULAR, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA. . . RX PARTICULAR CON LIGERA DISMINUCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR MEDIAL, ESCLEROSIS MARGINAL, NO OSTEÓFITOS

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

CONSCIENTE, ORIENTADO, BUEN ESTADO GENERAL, BUEN ESTADO DE HIDRATACIÓN, CUELLO CILÍNDRICO, SIN ADENOMEGALIAS, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, ABDOMEN SIN DATOS PATOLÓGICOS, EXTREMIDADES RODILLA DERECHA CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN MEDIAL, DEFORMIDAD EN VARO, SIGNOS DE BOSTEZO MEDIAL POSITIVO, SIGNOS DE CEPILLO, BOSTEZO APLEY NEGATIVOS, MARCHA CLACUDICANTE POR DOLOR

24) DIAGNÓSTICO(S) CLÍNIC

ESGUINCE RODILLA DERECHA/ A DESCARTAR LESIÓN DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL

25) TRATAMIENTO(S)

FERULA INMOVILIZADORA  
PARACETAMOL  
DICLOFENACO

04 MAR 2022

26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☒

INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒

27) ¿HUBO RINA?

SÍ ☐ NO ☐

28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD

AMÉRITA INCAPACIDAD

FECHA DE INICIO

NÚMERO DE FOLIO

NÚMERO DE DÍAS

30) SI ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO

SÍ ☐ NO ☒

DÍA MES AÑO  
01 03 2022

DE:

31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

32) MATRÍCULA

33) UNIDAD MÉDICA Y GOAD

NUBIA ADRIANA MORENO ROSAS

99117259

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.

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.