



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA Y CALIFICACIÓN DE  
PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO ST-9  
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN  
EL TRABAJO)**

**DATOS DEL PATRÓN PARA VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DERECHOS**

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NÚMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO (LADA)
5) REGISTRO PATRONAL (11 DÍGITOS)	

**PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO**

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS)		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)			
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)			9) CURP		
10) EDAD (AÑOS)	11) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO
DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO			14) CÓDIGO POSTAL	15) TELÉFONO (LADA)	
16) UMF DE ADSCRIPCIÓN	17) DELEGACIÓN (IMSS)	18) FECHA Y HORA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO			
		DÍA	MES	AÑO	HORA
19) DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS					
20) DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES Y LAS INTERCONSULTAS					
21) DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO, ETIOLÓGICO Y ANATOMOFUNCIONAL					
22) TRATAMIENTO					
23) AMERITA INCAPACIDAD TEMPORAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL DÍA    MES    AÑO		No. DE FOLIO	Nº DE DÍAS AUTORIZADO	24) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO MÉDICO DE
25) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO		MATRÍCULA	FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO		26) UNIDAD MÉDICA Y DELEGACIÓN (IMSS)

**EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS**

\_\_\_\_\_  
TRABAJADOR  
(NOMBRE Y FIRMA)

\_\_\_\_\_  
FAMILIAR O REPRESENTANTE  
(NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELÉFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

**DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)**

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL (11 DÍGITOS)			
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO						COLONIA O FRACCIONAMIENTO					
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO			CODIGO POSTAL		5) TELEFONO (LADA)			6) CORREO ELECTRONICO			
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR			8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS)			9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO					
COLONIA O FRACCIONAMIENTO				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				10) CODIGO POSTAL			
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD				12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION				13) SALARIO DIARIO			
14) HORARIO DE TRABAJO ACTUAL				15) MATRICULA (SÓLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)				16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (SÓLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)			
17) FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD		DIA	MES	AÑO	18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DE LA ENFERMEDAD (SÓLO SI EL TRABAJADOR HA SIDO INCAPACITADO)			DIA	MES	AÑO	HORA
19) DESCRIPCION PRECISA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS											
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DE LA ENFERMEDAD						21) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DE LA ENFERMEDAD					
						DIA	MES	AÑO	HORA		
22) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES (INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA QUE SE JUZGUE PERTINENTE PARA SER CONSIDERADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS; DE SER NECESARIO, ANEXAR CARTA ACLARATORIA CON FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)											
23) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						24) LUGAR Y FECHA					
25) FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						26) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRON)					

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

27) DIAGNOSTICOS NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA ENFERMEDAD											
28) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION								29) UNIDAD MEDICA			
30) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				31) MATRICULA IMSS		32) LUGAR Y FECHA		DIA	MES	AÑO	33) DELEGACION
34) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								35) FIRMA AUTÓGRAFA DEL MEDICO QUE CALIFICA			

SEÑOR(A) TRABAJADOR(A):	SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILDES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.
RECIBI COPIA ST-9	FECHA: _____
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE	