


DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO
 (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						NUMERO	COLONIA O FRACCIONAMIENTO				
POBLACION O ESTADO						CODIGO POSTAL			7) TELEFONO		

DATOS DEL PATRON

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

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

12) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO		DIA	MES	AÑO	HORA	13) DIAGNOSTICO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO					
14) LUGAR DE LA CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			15) FECHA DE CALIFICACION INICIAL		DIA	MES	AÑO	16) CLAVE DE LA DELEGACION		17) UNIDAD MEDICA	

1. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

18) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO								19) FECHA DE RECAIDA			
								DIA	MES	AÑO	
20) SE ACEPTA RECAIDA		SI		NO	21) MOTIVO DE LA RECAIDA						
22) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				23) MATRICULA				24) FIRMA DEL MEDICO			
25) LUGAR Y FECHA				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			
								DIA	MES	AÑO	
30) SE ACEPTA RECAIDA		SI		NO	31) MOTIVO DE LA RECAIDA						
32) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				33) MATRICULA				34) FIRMA DEL MEDICO			
35) LUGAR Y FECHA				36) UNIDAD MEDICA				37) DELEGACION			

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.

3. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

38) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO				39) FECHA DE RECAIDA		
				DIA	MES	AÑO
40) SE ACEPTA RECAIDA		SI	NO	41) MOTIVO DE LA RECAIDA		
42) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN			43) MATRICULA		44) FIRMA DEL MEDICO	
45) LUGAR Y FECHA			46) UNIDAD MEDICA	47) DELEGACION		

4. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

48) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO				49) FECHA DE RECAIDA		
				DIA	MES	AÑO
50) SE ACEPTA RECAIDA		SI	NO	51) MOTIVO DE LA RECAIDA		
52) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN			53) MATRICULA		54) FIRMA DEL MEDICO	
55) LUGAR Y FECHA			56) UNIDAD MEDICA	57) DELEGACION		

5. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

58) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO				59) FECHA DE RECAIDA		
				DIA	MES	AÑO
60) SE ACEPTA RECAIDA		SI	NO	61) MOTIVO DE LA RECAIDA		
62) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN			63) MATRICULA		64) FIRMA DEL MEDICO	
65) LUGAR Y FECHA			66) UNIDAD MEDICA	67) DELEGACION		

68) 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.
320 001 9408 REV.