



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

CONSTRUCTORA INVERMEX SA DE CV

2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO

AVE 3

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO

CENTRAL DE CARGA, GUADALUPE, GUADALUPE, NUEVO LEÓN

3) CÓDIGO POSTAL

67129

4) TELÉFONO FIJO

8196887617

5) REGISTRO PATRONAL

Y781531210

D V

8

FOLIO 72822070252455004

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 0388701971		D V 3		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) MENDOZA MARTINEZ LUIS NABOR	
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR) CREDENCIAL PARA VOTAR				9) CURP MEML701121HNLNRS02	
11) SEXO M ☒ F ☐		12) ESTADO CIVIL CASADO		13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO OCOTE 632	
ALCALDÍA O MUNICIPIO EL CARMEN		CIUDAD Y ESTADO NUEVO LEÓN		CÓDIGO POSTAL 66583	
14) TELÉFONO FIJO 8131187235		TELÉFONO CELULAR 8131187235		15) CORREO ELECTRÓNICO	
16) UMF DE ADSCRIPCIÓN U. M. F. NO. 72 EL CARMEN		17) OOAD (IMSS) NUEVO LEÓN		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE DOMINGO	
19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 07:00 A 17:00		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DÍA 18 MES 07 AÑO 2025 HORA 13:00		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO DÍA 22 MES 07 AÑO 2025 HORA 19:10	
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE PACIENTE CON CUADRO DE INICIO EL DÍA VIERNES 18/07/2025 A LAS 13 HRS. AL ESTAR LIMPIANDO BODEGA EN ÁREA LABORAN CARGANDO ARENA. PRESENTA CREPITACIÓN EN REGIÓN LUMBAR POSTERIORMENTE POR LA TARDE INICIA DÓN DOLOR LOCAL QUE GENERA LIMITACIÓN FUNCIONAL HASTA EL MOMENTO ACTUAL. EVA 9/10					
23) EXPLORACIÓN FÍSICA, RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE IMC 26 SOBREPESO, GLASGOW DE 15 PUNTOS, CON ADECAUADO ESTADO DE HIDRATACIÓN CON DOLOR EN REGIÓN LUMBAR MARCHA ANTALGICA SEDESTACIÓN ANTALGICA, MARCHA PUNTA TALÓN NO POSIBLE. PATRICK Y LASSEGUE POSITIVO					
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE M54.5 LUMBAGO NO ESPECIFICADO, ...					
25) TRATAMIENTO(S) AINE PARACETAMOL					
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☒ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☒					
27) ¿HUBO RIÑA? SÍ ☐ NO ☒		28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:			
29) INCAPACIDAD INICIAL SIN DOCUMENTOS SÍ ☒ NO ☐		FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO		NÚMERO DE FOLIO	
30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE: RX HGZ 6		NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS 0		31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE NESTOR AXEL DEL RIO DEL RIO	
32) MATRÍCULA 09017406		33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD U. M. F. NO. 72 EL CARMEN - NUEVO LEÓN			

Nestor Axel del Rio del Rio
Médico Familiar UAZ/ UAA
C.P. 09006437 C.E. 11946426
MAT 99017406

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

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)									
1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA Constructora Inyamex SA de CV				2) ACTIVIDAD O GIRO Servicio Limpieza		3) REGISTRO PATRONAL 71815312108		D.V.	
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES Carretera Monterrey - Nuevo Laredo				5) TELEFONO FIJO 65583245		6) CORREO ELECTRÓNICO Administracion1@ecoseptic.mx		ALCALDÍA O MUNICIPIO Ciudad de Flores	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR Luis Nabor Mendoza Martinez		8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 0358701971		9) OCUPACIÓN Ayudante en General		CÓDIGO POSTAL 66050			
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR C Ocate 632		COLONIA O FRACCIONAMIENTO Buena Vista 3er sec		ALCALDÍA O MUNICIPIO Carmen N. L.		CIUDAD Y ESTADO Nuevo León			
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 7 am 3 pm		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA 5 meses		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE Sábado		14) MATRÍCULA		15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL	
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		DÍA		MES		AÑO		HORA	
18		07		2025		13:00		18 07 2025 15:00	
17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE									
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA ☒ EN UNA COMISIÓN ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐									
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES) Expresa el trabajador que realizando una actividad de cargar un bulto de cemento sintió un dolor en la espalda, sin que nadie presenciara el hecho y temporalmente le avisó a su supervisor Jorge Alberto Domínguez Vázquez de lo sucedido ya que esa actividad no le fue asignada por este último. De lo antes sucedido el trabajador informó a la empresa hasta el día de hoy 23 de julio ya que el día viernes 18 no registro ni entrada.									
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE Maria Guadalupe Cruz Urbanga Administradora						21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE			
						DÍA MES AÑO HORA 23 07 2025 9:45am			
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIO O PRESENCIARON EL ACCIDENTE									
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA									
24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA									
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL						26) LUGAR Y FECHA		27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)	

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

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)			
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TECNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN			
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN CON BASE A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 473 Y 474 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y 41 Y 42 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, SE EMITE EL PRESENTE DICTAMEN DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 19, 22, 23, 25 Y 30 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.			
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN		SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO.	
TRABAJO ☐ TRAYECTO ☐		SI ☐ NO ☐	
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN		33) MATRÍCULA	34) FECHA DE CALIFICACIÓN
			DÍA MES AÑO
			35) UNIDAD MÉDICA Y COAD
NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.			
36) RECIBI DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN			
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO		FECHA	
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34			
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37		39) MATRÍCULA	40) FECHA
			DÍA MES AÑO
			41) UNIDAD MÉDICA Y COAD