



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

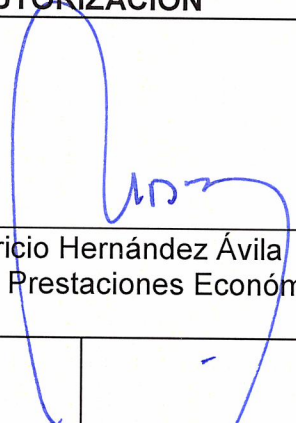
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

**NOMBRE Y CLAVE**

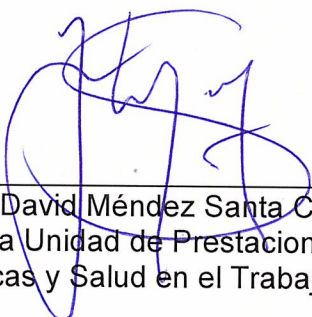
Procedimiento para la Dictaminación de las Enfermedades de Trabajo  
3A21-003-003

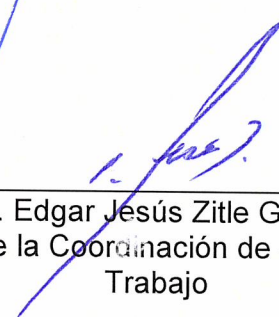
**AUTORIZACIÓN**

Aprobó


  
\_\_\_\_\_  
Dr. Mauricio Hernández Ávila  
Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

Revisó

  
\_\_\_\_\_  
Mtro. José David Méndez Santa Cruz  
Titular de la Unidad de Prestaciones  
Económicas y Salud en el Trabajo

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Edgar Jesús Zitle García  
Titular de la Coordinación de Salud en el  
Trabajo

Elaboró

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Militeotl Rincón Rojas  
Titular de la División de Riesgos de Trabajo

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN  
Y COMPETITIVIDAD  
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 02 DIC. 2021

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
1	Base normativa	6
2	Objetivo	7
3	Ámbito de aplicación	7
4	Definiciones	7
5	Políticas	16
6	Descripción de actividades	26
	Modalidad A Detección, atención y calificación de probable enfermedad de trabajo	26
	Etapa I Detección	26
	Submodalidad 1 Detección y atención de probable enfermedad de trabajo por Médico tratante y/o Jefe del SPPSTIMSS	27
	Submodalidad 2 Detección de probable enfermedad de trabajo por el MSST	28
	2.1 Detección documental	28
	2.2 Detección presencial	31
	Etapa II Atención de probable(s) enfermedad(es) de trabajo por el MSST	35
	Fase 1 Revisión documental y derecho al seguro de riesgos de trabajo	35
	Fase 2 Protocolo de estudio para la calificación de probable enfermedad de trabajo	38
	Submodalidad 1 "ST-9" con información complementaria del patrón	43
	Submodalidad 2 "ST-9" sin información complementaria del patrón	47
	Etapa III Calificación, recalificación y rectificación de la calificación o complementación diagnóstica	67
	Submodalidad 1 Calificación de probable enfermedad de trabajo	68



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
Submodalidad 2	Calificación de defunción por probable enfermedad de trabajo	75
Submodalidad 3	Calificación de probable recaída por enfermedad de trabajo	81
Submodalidad 4	Recalificación de enfermedad de trabajo o de recaída en cumplimiento a Resolución del Consejo Consultivo Delegacional	87
Submodalidad 5	Rectificación de la calificación	90
Submodalidad 6	Modificación al diagnóstico de calificación	94
Modalidad B	Dictaminación de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo	96
Submodalidad 1	Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo	97
Submodalidad 2	Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo	105
Submodalidad 3	Casos de duda o controversia en dictamen de incapacidad permanente y/o defunción por enfermedad de trabajo	111
Submodalidad 4	Aprobación/rechazo y autorización de dictamen de incapacidad permanente y/o de defunción por enfermedad de trabajo	116
Submodalidad 5	Revaloración de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo	127
Submodalidad 6	Modificación de dictaminación de incapacidad permanente o de defunción por enfermedad de trabajo en cumplimiento a Resolución del Consejo Consultivo Delegacional	132



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
	Modalidad C Seguimiento de casos pendientes de alta e identificación de casos con probables secuelas	134
	Modalidad D Manejo administrativo de la "ST-5"	140
	Modalidad E Entrega de "ST-9" calificada en ausencia	143
7	Diagrama de flujo	147
8	Anexos	
	Anexo 1 Acuerdo ACDO.AS2.HCT.220217/29.P.DA del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	278
	Anexo 2 Acta confesional Clave: 3A21-009-045	281
	Anexo 3 Acta testimonial Clave: 3A21-009-007	286
	Anexo 4 Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados Clave: 3A21-022-005	293
	Anexo 5 Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2 Clave: 3A21-009-010	298
	Anexo 6 Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo "ST-3" Clave: 3A21-009-011	302
	Anexo 7 Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez "ST-5" Clave: 3A20-009-018	312
	Anexo 8 Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8 Clave: 3A21-009-012	323
	Anexo 9 Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo "ST-9" Clave: 3A21-009-006	330



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
Anexo 10	Lineamiento normativo para el estudio de asegurados dados de baja que reclaman prestaciones por Riesgos de Trabajo en unidades de medicina familiar	343
Anexo 11	Tesis aisladas relacionadas con enfermedades de trabajo Clave: 3A21-022-004	359
Anexo 12	Medidas preventivas médicas para evitar la exposición a factores de riesgo causantes de enfermedades de trabajo Clave: 3A21-009-009	362
Anexo 13	Criterios para definir el carácter de la Incapacidad Permanente Clave: 3A21-018-003	366
Anexo 14	Criterios para la aplicación de la Tabla "C" del Artículo 4 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS/SNTSS Clave: 3A21-018-002	369



## **1 Base normativa**

- Artículos 2, 5, 5A, 11 fracción I, 12, 15 fracción I, III, IV, V, VI y VIII, 15A, 41 al 46, 50, 55 a 58, 62, 64 a 67, 77, 78, 80 al 83, 209, 294 y 295 de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, con sus reformas y adiciones.
- Artículos 132 fracciones I, XVI, XVII, XVIII, XIX, 153-A, 153-E, 153-F y 472, 473, del 475 al 515 de la Ley Federal del Trabajo publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de abril de 1970 y sus reformas y adiciones.
- Artículos 2, fracción III, IV, V y VI, 3 fracción II, inciso f), 4, 5, 81 fracciones I, II, IV, V y XII y 84 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006, y sus reformas.
- Artículo 32 fracciones I, V, 34 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de noviembre del 2002 y sus reformas.
- Artículos del 16 al 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.
- NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Nación el 15 de octubre de 2012.
- Numeral 8.1.3 párrafos 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 19, 21, 22 y 24 del Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 0500-002-001, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de agosto de 2018.
- Números 7.1.1. párrafos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23 y 28 y 7.1.1.2.1. del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, clave 3000-002-001, registrado el 16 de agosto del 2021.
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.220217/29.P.DA del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, de fecha 22 de febrero de 2017, por el que se aprobó la modificación a la estructura orgánica de las Direcciones de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales (Anexo 1).
- Norma para la dictaminación de los accidentes y enfermedades de trabajo, clave 3000-001-024, registrada el 13 de marzo de 2020.



## 2 Objetivo

Describir las políticas y actividades para llevar a cabo la detección y calificación de las enfermedades de trabajo, la determinación de la incapacidad permanente y la defunción por estos eventos, que permitan homologar la calidad de la dictaminación y mejorar su registro.

## 3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para el personal que labora en la Coordinación de Salud en el Trabajo, Unidades Médicas de los tres niveles de atención, Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas, Jefaturas Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

**4.1 acta confesional:** “Acta confesional”, clave 3A21-009-045 (Anexo 2).

**4.2 acta testimonial:** “Acta testimonial”, clave 3A21-009-007 (Anexo 3).

**4.3 alta administrativa:** “ST-2”, que otorga el MSST al identificar un caso de accidente o enfermedad de trabajo que no ha registrado incapacidad temporal para el trabajo en un plazo igual o mayor a 21 días naturales, tomando en cuenta la historia natural del padecimiento.

**4.4 ARIMAC:** Área de Información Médica y Archivo Clínico.

**4.5 asegurado:** El trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto, en los términos del artículo 5 A, fracción XI de la Ley del Seguro Social así como al trabajador que solicite exámenes médicos para certificar si padece o no de alguna enfermedad de trabajo dentro del año siguiente a la fecha en la que haya causado baja en el seguro de riesgos de trabajo.

**4.6 AUO de ST:** Auxiliar Universal de Oficinas asignado a los Servicios de Salud en el Trabajo.

**4.7 base de datos:** “Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados”, (Anexo 4) clave 3A21-022-005. Archivo único en formato Excel o similar, elaborado por cada Servicio de Salud en el Trabajo, que contiene la información actualizada del seguimiento de los probables riesgos de trabajo desde la generación del anverso y/o recepción del reverso del “ST-9” en el Servicio de Salud en el Trabajo hasta su calificación, envío a Control de prestaciones, la entrega al asegurado o beneficiario o familiar o representante del asegurado y “ST-2”.





**4.8 beneficiario:** El cónyuge del asegurado o pensionado y a falta de éste la concubina o el concubinario, en su caso, así como los ascendientes y descendientes del asegurado o pensionado señalados en el artículo 5 A, fracción XII de la Ley del Seguro Social.

**4.9 CADST:** Coordinador Auxiliar Delegacional de Salud en el Trabajo.

**4.10 calificación de enfermedad de trabajo:** Acto médico, técnico y legal que identifica si una enfermedad tiene o no su origen en el ejercicio o con motivo del trabajo.

**4.11 caracterización de la exposición:** Atributos específicos relacionados con la naturaleza, propiedades, tiempo (duración), frecuencia y nivel o concentración (intensidad) de los factores de riesgo a los que está o estuvo expuesto el trabajador en ejercicio o con motivo del trabajo.

**4.12 cartilla nacional de salud:** Documento personal que otorga el IMSS a todo derechohabiente de acuerdo con el grupo de edad y sexo al que pertenece.

**4.13 CAST:** Coordinador Auxiliar de Seguridad en el Trabajo.

**4.14 CCST:** Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo

**4.15 CDST:** Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo.

**4.16 centro de trabajo:** El lugar o lugares, tales como edificios, locales, instalaciones y áreas, donde se realicen actividades de explotación, aprovechamiento, producción, comercialización, transporte y almacenamiento o prestación de servicios, en los que laboren personas que estén sujetas a una relación de trabajo.

**4.17 CEST:** Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo. Está conformada por un equipo técnico multidisciplinario en Salud en el Trabajo que realiza valoraciones médicas integrales y valida (aprueba/rechaza/cancela) los dictámenes de trabajadores de empresas con convenio, trabajadores del IMSS y grupos organizados. Elabora dictámenes de invalidez y beneficiario incapacitado de trabajadores de empresas con convenio y los indicados por la persona Titular de la CDST, coordina con el MSST la elaboración de los dictámenes de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo de empresas con convenio. Emite opiniones por escrito respecto a la dictaminación de los accidentes y enfermedades de trabajo, de incapacidad permanente o defunción, de invalidez, de beneficiario incapacitado y en los casos con dificultad para establecer manejo médico-técnico-legal. Imparte educación médica continua a médicos familiares y no familiares en materia de accidentes, enfermedades de trabajo, invalidez y beneficiario incapacitado. Emite opinión médico-técnica que solicite el Consejo Consultivo Delegacional en caso de inconformidad y participa en las reuniones Tripartitas con empresas con convenio, trabajadores del IMSS y grupos organizados. Vigila y supervisa la calidad de la calificación y dictaminación de los accidentes y enfermedades de trabajo, invalidez y beneficiario incapacitado. Anteriormente denominada División de Salud en el Trabajo (DIST).





**4.18 CIE:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

**4.19 CITT:** Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo. Es el documento oficial del Instituto, que expide el Médico tratante o estomatólogo, para hacer constar la incapacidad temporal para el trabajo y que producirá los efectos legales y administrativos correspondientes de protección al trabajador.

**4.20 complementación diagnóstica:** Acción de identificar y registrar una enfermedad de trabajo que no fue plasmada en la calificación inicial ya que se diagnóstica posteriormente y que está asociada a la misma exposición del factor de riesgo con el mismo efecto fisiopatológico.

**4.21 Consulta de Vigencia:** Sistema de Consulta de Vigencia para Segundo y Tercer Nivel.

**4.22 contaminantes del ambiente laboral:** Los agentes físicos, químicos y biológicos capaces de modificar las condiciones ambientales del centro de trabajo que, por sus propiedades, concentración, nivel, así como tiempo de exposición o acción pueden alterar la salud del personal ocupacionalmente expuesto.

**4.23 defunción por enfermedad de trabajo:** Muerte del asegurado a consecuencia de una enfermedad de trabajo.

**4.24 descripción de la exposición:** Referir en forma clara, ordenada y específica la existencia o no de la exposición a un factor de riesgo laboral, basada en el análisis de los antecedentes laborales y la información proporcionada por el patrón o el trabajador.

**4.25 dictamen:** Opinión y juicio por escrito, emitido por el personal MSST acerca de la causalidad de una lesión o enfermedad, que cuenta con los elementos médico-técnico-legal-administrativo relevantes que apoyan la calificación, valuación y defunción.

**4.26 dictaminación:** Comprende las actividades de calificación, valuación de la(s) secuela(s) o el reconocimiento de la muerte que se haya generado por accidente o enfermedad de trabajo. Realizada o no a través del Sistema Electrónico.

**4.27 empresas con convenio:** Patrones que han celebrado un instrumento jurídico con el Instituto, que les permiten realizar directamente el pago de los subsidios a sus trabajadores, teniendo derecho al posterior reembolso por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos y cuantías determinados por la Ley del Seguro Social.

**4.28 enfermedad de trabajo:** Estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.



**4.29 Especialista en Seguridad en el Trabajo:** Se refiere al o los Profesional(es) en Seguridad e Higiene en el Trabajo adscritos a las CDST, los cuales realizan las actividades de promoción, prevención, investigación, capacitación y difusión de temas relacionados a su profesión, en las empresas afiliadas y Centros laborales IMSS.

**4.30 evaluación de factores de riesgo en el trabajo:** Proceso metodológico, por medio de instrumentos cualitativos y/o cuantitativos, cuyo objetivo es opinar sobre el grado de riesgo que supone la exposición de los trabajadores a algún contaminante del ambiente laboral (factor de riesgo físico, químico o biológico), factor de riesgo ergonómico, factor de riesgo psicosocial o la combinación de estos.

**4.31 expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (NOM-004-SSA3-2012).

**4.32 exposición relevante:** Interacción de un individuo con uno o varios factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo durante un periodo de latencia específico y que la literatura lo reporta asociado a la presencia o a la evolución tórpida de una o varias enfermedades específicas.

**4.33 factores de riesgo en el ambiente de trabajo:** Son los contaminantes del ambiente laboral, factores de riesgo ergonómicos y psicosociales a los que están o estuvieron expuestos los asegurados en el ejercicio o con motivo de su trabajo.

**4.34 factores de riesgo ergonómico:** Condición de trabajo que puede conllevar sobre esfuerzo físico, movimientos repetitivos o posturas forzadas en el trabajo desarrollado, con la consecuente fatiga, errores, accidentes y enfermedades de trabajo, derivados del diseño del puesto de trabajo, de las instalaciones, maquinaria, equipo, herramientas, pantallas y/o de su utilización.

**4.35 factores de riesgo psicosociales:** Condiciones de trabajo que involucran el ambiente social de la empresa o del lugar donde el trabajador presta sus servicios, organización, contenido de las actividades, cargas del puesto de trabajo, relaciones interpersonales, seguridad, desarrollo y satisfacción profesional; que de acuerdo con sus características, intensidad y frecuencia, sobrepasan la capacidad de adaptación del individuo y son capaces de generar alteraciones psicológicas y fisiológicas que causan o exacerban diversas enfermedades (Adaptado de la Organización Internacional del Trabajo, (OIT) y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, (INSHT)).

**4.36 fundamental:** Expresar por escrito con precisión los preceptos legales aplicables al caso.



**4.37 grupos organizados:** Conjunto de trabajadores de empresas que tienen acuerdo con las autoridades del Instituto de manera local, regional o nacional, para que a través de su representación empresarial y/o sindical, se atiendan los casos de sus trabajadores en materia de riesgos de trabajo e invalidez, acorde a lo establecido en la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.

**4.38 IMSS o Instituto:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.39 incapacidad permanente parcial:** Disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.

**4.40 incapacidad permanente total:** Pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

**4.41 incapacidad temporal para el trabajo:** Pérdida de facultades o aptitudes que imposibilitan parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

**4.42 invalidez:** Cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional.

**4.43 investigación de la exposición a los factores de riesgo en el trabajo:** Metodología para identificar y caracterizar los factores de riesgo en el ambiente de trabajo a que están o estuvieron expuestos los asegurados en el ejercicio o con motivo de su trabajo, a través de la investigación documental y/o la evaluación de factores de riesgo en el trabajo.

**4.44 investigación documental:** Metodología de recolección y análisis de información que incluye la revisión bibliográfica, así como de cualquier otro elemento médico, técnico, administrativo que permitan establecer la exposición a los factores de riesgo laborales y su asociación o relación con la presencia de enfermedad(es) de trabajo.

**4.45 Jefe de la CEST:** Jefe de la Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo.

**4.46 JSST:** Jefe de Servicio de Salud en el Trabajo.

**4.47 latencia:** Tiempo que transcurre entre la exposición a un factor de riesgo y la aparición de las primeras manifestaciones de la enfermedad.

**4.48 latencia corta:** Es de segundos a siete días.

**4.49 latencia intermedia:** Es de ocho días a once meses.

**4.50 latencia larga:** Es de un año a décadas.



**4.51 laudo o sentencia:** Resolución definitiva que dictan las Juntas de Conciliación y Arbitraje o el Tribunal del Poder Judicial de la Federación para poner fin a un conflicto de trabajo, ya sea jurídico o económico, en la que se decide la controversia en lo principal, después de que se ha agotado el procedimiento señalado en la LFT.

**4.52 LFT:** Ley Federal del Trabajo.

**4.53 listado MTRA60:** Reporte Acumulado de Errores de Riesgo de Trabajo generado por el área de informática del OOAD de acuerdo con el calendario RT 1120 cuya periodicidad de entrega de listados es quincenal.

**4.54 listado MTRA9I:** Errores encontrados por el filtro del proceso semanal de la tarjeta SUI-55/ST-5 generados por el área de informática del OOAD.

**4.55 LSS:** Ley del Seguro Social.

**4.56 Médico familiar o Médico de familia:** Especialista en Medicina Familiar o el profesional de la medicina, responsable de proporcionar atención médica primaria, integral y continua al individuo y su familia, que se vincula y comparte responsabilidad con el equipo de salud y que, en su caso, deriva oportunamente a los pacientes a otro nivel de atención.

**4.57 Médico no familiar:** Profesional de la medicina que ostenta un postgrado, que lo acredita como especialista en cierta rama de la medicina y que con ese carácter, labora en los servicios médicos del Instituto.

**4.58 Médico tratante:** Médico familiar o no familiar del Instituto, que durante su jornada de labores proporciona directamente la atención médico-quirúrgica al paciente.

**4.59 medidas preventivas médicas (recomendaciones médicas):** Actividades que el MSST sugiere al paciente o la empresa, para promover, proteger la salud y evitar enfermedades de trabajo o para disminuir su progresión, agravamiento y secuelas cuando ya existen.

**4.60 monitoreo biológico:** Aplicación técnico-científica de la Higiene Industrial que consiste en la recolección, análisis químico e interpretación estadística de muestras biológicas, a través de estrategias de muestreo basadas en la vida media de los compuestos químicos o de sus metabolitos bioindicadores, con objeto de conocer los niveles de exposición de los trabajadores.

**4.61 motivar:** Expresar claramente los elementos médico-técnico-administrativos tomados en cuenta para la calificación de la enfermedad de trabajo.

**4.62 MSST:** Médico del Servicio de Salud en el Trabajo. Profesional de la medicina adscrito a este servicio, ubicado en Unidad de Medicina Familiar, Hospital General de Zona u Hospital General de Subzona, que debe realizar acciones orientadas a promover y



preservar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores, evaluar la aptitud y la capacidad para el trabajo en la determinación de un probable estado de invalidez, promover la prevención de factores de riesgo de trabajo en empresas afiliadas y centros de trabajo IMSS, para prevenir, detectar y dictaminar los riesgos de trabajo, determinar el estado de invalidez y beneficiario incapacitado, apoyar la atención de demandas laborales en materia de riesgos de trabajo e invalidez, realizar el examen médico de ingreso a los aspirantes para ingresar a laborar en el IMSS, así como promover la reincorporación laboral adecuada y oportuna, a fin de contribuir al otorgamiento de las prestaciones en especie y dinero, de acuerdo con lo establecido en el marco jurídico vigente.

**4.63 nota de salud en el trabajo:** Documento elaborado por el MSST en el “Expediente clínico” donde se describe las acciones realizadas en la atención, seguimiento y conclusión de la dictaminación.

**4.64 NSSA:** Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas. Sistema informático institucional, que administra el trámite, pago y control de los subsidios y ayudas para gastos de funeral y matrimonio

**4.65 OCITT:** Original del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo. También llamado OCI (Original del Certificado de Incapacidad).

**4.66 OOAD:** Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS.

**4.67 paraclínicos:** Exámenes de laboratorio, pruebas de gabinete, valoraciones complementarias y procedimientos especializados, etc.

**4.68 patrón:** Persona física o moral que utilice los servicios de uno o varios trabajadores, en los términos de la LFT.

**4.69 patrón en alta:** Persona física o moral que está registrada como tal ante el IMSS con o sin trabajadores a su servicio; lo cual puede ser verificado en el Catálogo Nacional de Patrones, en la consulta numérica de patrones del Sistema Integral de Derechos y Obligaciones (SINDO) con un tipo de movimiento 1: Alta o 3: Restablecimiento.

**4.70 patrón en baja:** Persona física o moral que notificó una suspensión definitiva o temporal de su registro ante el IMSS; lo cual puede ser verificado en el Catálogo Nacional de Patrones, en la consulta numérica de patrones del SINDO con un tipo de movimiento 2: baja.

**4.71 protocolo de estudio:** Metodología para establecer el diagnóstico de enfermedades de trabajo, que incluye historia clínica y laboral, paraclínicos, interconsultas de especialidad, investigación documental, y en su caso, la evaluación de factores de riesgo en el trabajo.

**4.72 PRT:** Probable Riesgo de Trabajo.

**4.73 recaída administrativa:** Se utiliza cuando no se cuente con “OCITT” después de una alta administrativa.



**4.74 recaída por enfermedad de trabajo:** Reincidencia o exacerbación en los signos y síntomas de una enfermedad que haya sido calificada como Sí de trabajo que se le haya otorgado alta para laborar.

**4.75 recalificación:** Acto médico, técnico y legal que modifica un dictamen de calificación de enfermedad de trabajo o de recaída, derivado de una resolución emitida por el Consejo Consultivo Delegacional.

**4.76 rectificación:** Acto médico técnico y legal que modifica un dictamen de calificación inicial de la enfermedad de trabajo o de recaída, derivado de las labores de supervisión, evaluación y asesoría por parte del personal de confianza de Salud en el Trabajo, o derivado del juicio del propio MSST.

**4.77 recurso de inconformidad:** Proceso especial de impugnación que los patrones y demás sujetos obligados, así como asegurados o sus beneficiarios pueden interponer cuando consideren que algún acto definitivo del Instituto es contrario a sus derechos y expectativas, en términos y formas que establece el Reglamento del Recurso de Inconformidad, previsto en los artículos 44 y 294 de la LSS.

**4.78 resolución del Consejo Consultivo Delegacional:** Determinación aprobada por los Consejeros, que resuelve un recurso de inconformidad para dar por terminado el mismo.

**4.79 revaloración:** Valoración médica que se realiza al asegurado que cuenta con un dictamen de incapacidad permanente dentro de los periodos establecidos en la LSS de 1973 y 1997, según sea el caso, con la finalidad de determinar si persiste, remite o se modifica la limitación funcional.

**4.80 revaluación:** Acto de modificar una valuación otorgada mediante un dictamen de incapacidad permanente dentro de los periodos establecidos en la Ley del Seguro Social 1973 y 1997, de acuerdo con los cambios en la limitación órgano-funcional que se identifiquen en la revaloración y que puede incrementar, disminuir o suspender el porcentaje de la valuación anterior.

**4.81 revisión bibliográfica:** Forma parte de la investigación documental de la exposición por el MSST, consiste en la búsqueda y análisis de la literatura científica actualizada que establezca la asociación de certeza entre la exposición y la enfermedad, tales como: "Guías de práctica clínica", revisiones sistematizadas, monografías o portales electrónicos de organismos o instituciones expertos en la materia, libros especializados; así como estudios técnicos realizados previamente por los Servicios de Seguridad en el Trabajo.

**4.82 revisión documental:** Proceso mediante el cual el Especialista en Seguridad en el Trabajo atiende la solicitud de investigación del puesto de trabajo, tomando como base los estudios de seguridad e higiene en el trabajo, diagnósticos de seguridad e higiene en el Trabajo, investigaciones de puestos de trabajo, periciales técnicas y bibliografía específica.





**4.83 riesgos de trabajo terminados:** Accidente o enfermedad de trabajo concluido por alta médica de un trabajador que ha sido declarado apto para continuar sus labores; por alta administrativa, por el inicio de una incapacidad permanente parcial o total o por la muerte del trabajador

**4.84 RJP:** Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.85 secuela:** Limitación órgano-funcional derivada de una(s) enfermedad(es) de trabajo posterior a concluir el tratamiento médico.

**4.86 SIMF:** Sistema de Información de Medicina Familiar.

**4.87 SINCO:** Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones.

**4.88 SINDO:** Sistema Integral de Derechos y Obligaciones.

**4.89 SPPSTIMSS:** Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del IMSS.

**4.90 Sistema Electrónico:** Herramientas informáticas que utilizan los Servicios de Salud en el Trabajo para el control, elaboración, calificación, aprobación y autorización electrónica de los dictámenes.

**4.91 ST-1:** “Aviso para calificar probable riesgo de trabajo” de SIMF.

**4.92 ST-2:** “Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2”, clave 3A21-009-010 (Anexo 5).

**4.93 ST-3:** “Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3”, clave 3A21-009-011 (Anexo 6).

**4.94 ST-5:** “Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5”, clave 3A20-009-018 (Anexo 7).

**4.95 ST-7:** “Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7”, clave 3A21-009-046.

NOTA: El formato “ST-7” pertenece al “Procedimiento para la Dictaminación de los Accidentes de Trabajo”, clave 3A21-003-010.

**4.96 ST-8:** “Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8”, clave 3A21-009-012 (Anexo 8).

**4.97 ST-9:** “Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9”, clave 3A21-009-006 (Anexo 9).





**4.98 subsidio:** Prestación en dinero que se otorga al asegurado incapacitado temporalmente para el trabajo, derivada de un riesgo de trabajo, de enfermedad o accidentes no profesionales; así como la que se concede a la asegurada durante el periodo de maternidad.

**4.99 trabajador IMSS:** Persona física que presta al Instituto un trabajo personal subordinado, en los términos del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS/SNTSS o Estatuto de Trabajadores de Confianza "A", sin incluir los contratados por honorarios.

**4.100 valoración médica:** Serie de actividades realizadas por el personal médico del IMSS para obtener información sobre el estado de salud de un paciente.

**4.101 valuación:** Asignación de un valor porcentual a la disminución o pérdida de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar derivadas de un accidente o enfermedad de trabajo, de conformidad con la LFT.

## 5 Políticas

### 5.1. Generales

**5.1.1** La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al "Procedimiento para la dictaminación y prevención de las enfermedades de trabajo", con clave 2320-003-010 y fecha de registro el 24 de octubre del 2012.

**5.1.2** El lenguaje empleado en el presente documento no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que, por la naturaleza de la atención, resulte necesaria la precisión de algún sexo en particular.

**5.1.3** El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

**5.1.4** La Coordinación de Salud en el Trabajo, a través de la División de Riesgos de Trabajo por medio del Área de Enfermedades de Trabajo, actualizará, difundirá y evaluará el cumplimiento del presente procedimiento.

**5.1.5** Corresponde a la Coordinación de Salud en el Trabajo, por medio de la División de Riesgos de Trabajo interpretar, para efectos administrativos, el presente procedimiento y resolver los casos no previstos en el mismo.

**5.1.6** Para la aplicación del presente procedimiento, se deberá considerar el contenido de los Documentos de referencia siguientes:



- Artículo 123, apartado A, fracciones XIV, XV y XXIX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, y sus reformas.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de mayo de 2016, sus reformas y adiciones.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2015 y sus reformas.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 2016, sus reformas y adiciones.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017.
- Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de noviembre de 2014.
- Procedimiento para la entrega de datos personales contenidos en el expediente clínico, clave 2610-003-002, de fecha 11 de julio de 2013.
- Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del expediente clínico en papel, en las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico de la Unidad de Medicina Familiar con Servicio de Hospitalización y Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención, clave 2E10-003-003, registrado el 25 de septiembre del 2019.
- Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250619/204.P.DA, de fecha 25 de junio de 2019.
- Contrato Colectivo de Trabajo, IMSS/SNTSS vigente.

## **5.2. Específicas**

### **5.2.1 El Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo**

**5.2.1.1** Difundirá, implantará, asesorará y supervisará el cumplimiento del presente procedimiento.

**5.2.1.2** Planeará, dirigirá y controlará las actividades para la detección, calificación, valuación y reconocimiento de la defunción producida por las enfermedades de trabajo, así como la prevención médica en su ámbito de competencia, para lo cual podrá apoyarse en el personal de confianza médico de los Servicios de Salud en el Trabajo.



**5.2.1.3** Supervisará a los Servicios de Salud en el Trabajo de acuerdo con la prioridad que establezca con periodicidad trimestral, a efecto de implementar estrategias eficaces y eficientes para dar cumplimiento y mejorar el proceso de la dictaminación de las enfermedades de trabajo, los indicadores de productividad, la oportunidad y calidad de la dictaminación de las enfermedades de trabajo.

**5.2.1.4** Evaluará la calidad de la dictaminación relativa a la calificación, en caso de no contar con personal médico de confianza en el OOAD, revisando semestralmente de manera aleatoria al menos cinco enfermedades de trabajo calificadas por cada MSST, y con base en las áreas de oportunidad detectadas, capacitará a dicho personal en su ámbito de competencia.

**5.2.1.5** Verificará que el proceso de elaboración, aprobación y autorización del "ST-3", derivado de enfermedad(es) de trabajo, se realice dentro del término de quince días hábiles a partir de la primera cita en Salud en el Trabajo con "Expediente clínico" completo para dictaminación, de acuerdo con la estructura del OOAD.

**5.2.1.6** Llevará a cabo la revisión, análisis, validación (autorización/rechazo/cancelación) y envío del "ST-3", de trabajadores de empresas afiliadas y pertenecientes a grupos organizados, empresas de convenio y del propio Instituto, dentro del término de cuatro días hábiles siguientes a la recepción manual o electrónica.

**5.2.1.7** Designará trimestralmente al personal de confianza de Salud en el Trabajo que realizará la evaluación de la calidad de una muestra aleatoria de cinco formatos de "ST-3" por enfermedad de trabajo por cada MSST; con base en las áreas de oportunidad detectadas, deberá supervisar la capacitación del personal de Salud en el Trabajo.

NOTA: En caso de no contar con personal de confianza en Salud en el Trabajo la evaluación deberá ser desarrollada por el CDST.

**5.2.1.8** Supervisará semestralmente que los MSST y el Jefe de la CEST cumplan con el programa anual de capacitación.

**5.2.1.9** Determinará si es procedente la solicitud del OOAD a la que pertenece el trabajador, para que el MSST encargado del caso, pueda coadyuvar en la evaluación de factores de riesgo en el trabajo, e informará al CAST, en caso de que sea favorecida la petición para que acuda de manera conjunta con el personal de Seguridad en el Trabajo del OOAD en la que se encuentra ubicada la empresa.

**5.2.1.10** Reportará a la Coordinación de Salud en el Trabajo, las actividades de los Servicios de Salud en el Trabajo relacionadas en el proceso de dictaminación de las enfermedades de trabajo, vigilando la veracidad de la información, de acuerdo con los calendarios establecidos.

**5.2.1.11** Designará al personal de confianza de Salud en el Trabajo que desarrollará las políticas del CCST y/o Jefe de la CEST cuando de acuerdo con la estructura del OOAD no cuente con alguna de estas categorías. En caso de no contar con personal de confianza en Salud en el Trabajo esas políticas deberán ser desarrolladas por el CDST.



**5.2.1.12** Enviará por correo electrónico el “Expediente clínico” al CDST de la OOAD que corresponda con el domicilio actual del asegurado en proceso de dictaminación o dictaminado previamente en esa OOAD y que haya cambiado de OOAD de adscripción.

## **5.2.2 El Coordinador Auxiliar Delegacional de Salud en el Trabajo**

**5.2.2.1** Apoyará en las actividades que le encomiende el CDST en relación con los Procesos de Salud en el Trabajo y lo sustituirá en sus responsabilidades durante el ausentismo programado y no programado.

## **5.2.3 El Jefe de la CEST**

**5.2.3.1** Apoyará al CDST en la difusión, asesoría y supervisión del cumplimiento del presente procedimiento.

**5.2.3.2** Desarrollará actividades de capacitación a Médicos Familiares y Médicos no Familiares en materia de enfermedades de trabajo, en su ámbito de competencia y de acuerdo con la “Guía técnica de educación médica continua”.

NOTA: La “Guía técnica de educación médica continua” se puede consultar en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo.

**5.2.3.3** Llevará a cabo la validación (aprobación/rechazo/cancelación) de los “ST-3” de trabajadores pertenecientes a grupos organizados, empresas con convenio y del propio Instituto, dentro del término de cinco días hábiles siguientes a la recepción manual o electrónica.

**5.2.3.4** Asesorará a los MSST en los casos que presenten dificultad para el establecimiento de la relación causa-efecto, trabajo-daño de una(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo o para la determinación del porcentaje de valuación en caso de secuelas, sometiendo el resultado de la asesoría a consideración del CDST.

**5.2.3.5** Garantizará que todos los trabajadores que sean referidos o requieran ser atendidos por la CEST, sean valorados de forma integral por cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario que la conforman, independientemente de la patología en estudio.

**5.2.3.6** Valorará al asegurado y emitirá conclusión tomando en cuenta la información del “Expediente clínico” y las “Valoraciones del equipo multidisciplinario”, en su caso.

**5.2.3.7** Apoyará al CDST en la evaluación de la calidad del “ST-3” por enfermedades de trabajo, revisando trimestralmente de manera aleatoria al menos cinco enfermedades de trabajo calificadas por cada MSST, con base en lo anterior detectará las áreas de oportunidad y capacitará a los mismos de conformidad con la “Guía técnica de educación médica continua”.



**5.2.3.8** Apoyará al CCST o JSST en la evaluación de la calidad de la “ST-9”, revisando semestralmente de manera aleatoria al menos cinco enfermedades de trabajo calificadas por cada MSST, en los OOAD donde no exista CCST o JSST, deberá realizar esta actividad, con base a lo anterior se detectarán las áreas de oportunidad y capacitará al MSST de conformidad con la “Guía técnica de educación médica continua”.

**5.2.3.9** Elaborará el diagnóstico situacional de las enfermedades de trabajo más prevalentes de acuerdo con el tipo de industrias que se encuentren en cada zona; a fin de establecer prioridades en materia de difusión y capacitación.

**5.2.3.10** Elaborará y entregará un “Listado por especialidad y servicio”, sobre aquellas enfermedades de trabajo que se pueden presentar más comúnmente en su zona, especificando las ocupaciones a las cuales se asocian con mayor frecuencia, esto, con el propósito de entregarlo al final de las sesiones generales o departamentales, o mediante asesoría personalizada a los Médicos tratantes en su ámbito de competencia.

**5.2.3.11** Programará semestralmente al menos un curso monográfico dirigido a Médicos tratantes, relacionado con la detección de enfermedades de trabajo de acuerdo con las necesidades y prevalencia en el OOAD y de conformidad con la “Guía técnica de educación médica continua”.

**5.2.3.12** Apoyará personalmente o a través del personal a su cargo de manera semestral, al CDST, para supervisar que se cumpla con el programa de sesiones generales y departamentales, que los MSST y los CCST o JSST deben llevar a cabo de conformidad con la “Guía técnica de educación médica continua”.

**5.2.3.13** Colaborará en los cursos monográficos sobre enfermedades de trabajo dirigidos a Médicos tratantes, que sean programados por otros MSST del OOAD, o por la propia CDST.

**5.2.3.14** Realizará un análisis trimestral de los principales motivos de rechazo o cancelación de los dictámenes de incapacidad permanente o de defunción por enfermedad de trabajo, a fin de determinar las causas, recabando información por servicio y por médico, seleccionará la estrategia que seguirá en materia de capacitación, ya sea individual o grupal.

**5.2.3.15** Emitirá opinión médico-técnico-legal que solicite el Consejo Consultivo Delegacional en caso de inconformidad del asegurado o patrón por dictaminación de enfermedades de trabajo, a falta de este personaje lo realizará el personal de confianza designado por el CDST.

## **5.2.4 El Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo o Jefe de Servicio de Salud en el Trabajo**

**5.2.4.1** Asesorará al personal médico y administrativo (Asistentes médicas y otras categorías) de su área de competencia o zona médica de responsabilidad, para que se dé cumplimiento a las actividades establecidas en el presente procedimiento.



**5.2.4.2** Llevará a cabo la validación (aprobación/rechazo/cancelación) del “ST-3”, dentro del término de tres días hábiles a partir de su recepción manual o electrónica.

**5.2.4.3** Supervisará de manera trimestral a los Servicios de Salud en el Trabajo de su área de influencia, a efecto de implementar estrategias eficaces y eficientes para dar cumplimiento y mejorar el proceso de la dictaminación de las enfermedades de trabajo, los indicadores de productividad, la oportunidad y calidad en la dictaminación e informará de estas actividades al CDST.

**5.2.4.4** Capacitará en materia de detección, calificación, valuación y defunción de los probables accidentes y enfermedades de trabajo a Médicos tratantes y MSST, en su ámbito de competencia de conformidad con la “Guía técnica de educación médica continua”.

**5.2.4.5** Elaborará y entregará un “Listado por especialidad y servicio”, sobre aquellas enfermedades de trabajo que se pueden presentar más comúnmente en su zona, especificando las ocupaciones a las cuales se asocian con mayor frecuencia, esto, con el propósito de entregarlo al final de las sesiones generales o departamentales, o mediante asesoría personalizada a los Médicos tratantes en su ámbito de competencia.

**5.2.4.6** Apoyará al CDST para realizar la evaluación de la calidad de la “ST-3” por enfermedades de trabajo, revisando trimestralmente de manera aleatoria al menos cinco enfermedades de trabajo calificadas por cada MSST, con base a lo anterior se detectarán las áreas de oportunidad y capacitará a los mismos.

**5.2.4.7** Evaluará la calidad de la dictaminación relativo a la calificación, revisando semestralmente de manera aleatoria al menos cinco enfermedades de trabajo calificadas por cada MSST, esta actividad podrá compartirla con el Jefe de la CEST; asimismo, evaluará la valuación de las secuelas por enfermedad de trabajo y con base en las áreas de oportunidad detectadas, capacitará al MSST en su ámbito de competencia.

**5.2.4.8** Implementará estrategias para mejorar la oportunidad, la calidad de la “ST-9” y de la “ST-3” por enfermedades de trabajo, dentro del ámbito de su competencia.

**5.2.4.9** Reasignará entre los MSST los casos que se encuentran en pendientes de calificar, en protocolo de estudio para calificación o elaboración del “ST-3”, ante el ausentismo programado y no programado de los MSST.

**5.2.4.10** Asesorará a los AUO de ST en su ámbito de competencia respecto a las actividades que le competen, de acuerdo con la Normatividad de Salud en el Trabajo.

## **5.2.5 El Director de Unidad Médica**

**5.2.5.1** Difundirá y vigilará el cumplimiento del presente procedimiento, en su ámbito de competencia.





**5.2.5.2** Proporcionará a los patrones o sus representantes legales que soliciten de acuerdo con el proceso correspondiente, copias simples de los formatos “ST-9”, “ST-2”, “ST-8” y “ST-3”, autorizados, para casos específicos, refiriendo en la solicitud el número de seguridad social y nombre del trabajador.

**5.2.5.3** Vigilará el apego al “Procedimiento para la entrega de datos personales contenidos en el expediente clínico”, clave 2610-003-002, para la entrega de dictámenes “ST-9”, “ST-8”, “ST-2” y “ST-3” autorizados, a los asegurados o sus representantes.

**5.2.5.4** Fomentará la coordinación y comunicación con los servicios de Áreas Médicas en sus tres niveles de atención, Afiliación y Vigencia de Derechos, Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo, para la atención de las probables enfermedades de trabajo y facilitará todos los recursos e insumos para el adecuado desarrollo del proceso de dictaminación de las enfermedades de trabajo.

**5.2.5.5** Propiciará el mejoramiento de la calidad de la atención en el Servicio de Salud en el Trabajo que se brinda a los asegurados que han sufrido una probable enfermedad de trabajo, que les genera o no secuelas valiables, o en los casos de defunción por enfermedad de trabajo, así como la atención que se brinda a aquellos asegurados que presentan recurso de inconformidad ante los Consejos Consultivos Delegacionales.

## **5.2.6 El CDST, Jefe de la CEST y CCST o JSST**

**5.2.6.1** Fomentarán, dentro del ámbito de su competencia, la coordinación con los servicios de Áreas Médicas en sus tres niveles de atención, IMSS Prospera, Afiliación y Vigencia de Derechos, Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo, para el adecuado desarrollo del proceso de calificación y dictaminación de las probables enfermedades de trabajo y sus consecuencias, así como, para el registro veraz y oportuno dentro de los sistemas institucionales que se establecen para dicho fin.

**5.2.6.2** Difundirán, en su ámbito de competencia, la información estadística y médica de las enfermedades de trabajo más comunes, así como la frecuencia de trabajadores por actividad económica y exposiciones laborales, de acuerdo con el diagnóstico de salud.

**5.2.6.3** Supervisarán, dentro del ámbito de su competencia, que todo caso calificado y dictaminado como enfermedad de trabajo, se ingrese a los sistemas de información electrónico o manual, para conformar la casuística de riesgos de trabajo, propiciando transparencia y calidad en la información, conforme a lo indicado en el presente procedimiento.

**5.2.6.4** Validarán, en su ámbito de su competencia, la congruencia en los datos que se ingresan a los sistemas de información de Salud en el Trabajo.

**5.2.6.5** Vigilarán, dentro del ámbito de su competencia, que el MSST otorgue la asesoría necesaria o, en su caso, la aclaración de dudas al AUO de ST respecto al control administrativo y actividades que debe realizar de acuerdo con el presente procedimiento.





**5.2.6.6** Fomentarán, dentro del ámbito de su competencia, que el personal de Salud en el Trabajo tramite sus claves de acceso al Sistema Bibliotecario del IMSS y a los Recursos Electrónicos de Información en Salud del IMSS y lo utilicen.

### **5.2.7 El Médico del Servicio de Salud en el Trabajo**

**5.2.7.1** Realizará las actividades relacionadas con su función que le encomiende el Director de la Unidad Médica o en quien éste delegue la responsabilidad.

**5.2.7.2** Participará activamente en la detección de las probables enfermedades de trabajo en los trabajadores asegurados y del propio IMSS en su ámbito de competencia y emitirá recomendaciones higiénico dietéticas relacionadas con estas.

**5.2.7.3** Implementará estrategias eficaces y eficientes para que los Médicos tratantes realicen detección oportuna de probables enfermedades de trabajo, en su zona de responsabilidad.

**5.2.7.4** Difundirá a los Médicos tratantes en su ámbito de competencia el fascículo “Enfermedades Asociadas a Exposiciones en el Ambiente Laboral, Ocupaciones y Actividades Económicas”, para facilitar la detección de las probables enfermedades de trabajo de acuerdo con los padecimientos más prevalentes de acuerdo con su zona y/o especialidad.

**5.2.7.5** Promoverá y participará en la capacitación a Médicos tratantes en materia de atención de las probables enfermedades de trabajo e incapacidad permanente, en su ámbito de competencia de conformidad con la “Guía técnica de educación médica continua”.

**5.2.7.6** Promoverá la auto capacitación referente a la dictaminación de la calificación y valuación de la incapacidad permanente o defunción por enfermedades de trabajo.

**5.2.7.7** Solicitará asesoría al CCST, al Jefe CEST o al CDST, en los casos en que tenga duda o exista controversia para la dictaminación de las enfermedades de trabajo.

**5.2.7.8** Identificará posterior al protocolo de estudio en los casos calificados como *No de Trabajo*, si cumple con el criterio referido en el artículo 119 de la LSS y de ser necesario iniciará protocolo para determinar un probable estado de Invalidez cuando la modalidad de aseguramiento incluya el seguro de invalidez y vida.

**5.2.7.9** Verificará que la cita para calificación de la probable enfermedad de trabajo se otorgue dentro del término de tres días hábiles contados a partir de la solicitud.

**5.2.7.10** Marcará con una X en el campo denominado *se autoriza como riesgo de trabajo* el recuadro correspondiente a *NO* del “OCCIT” inicial, sin plasmar su firma, cuando el caso corresponda al ramo de enfermedad general.



**5.2.7.11** Enviará al asegurado a los Centros de Seguridad Social cuando lo amerite.

**5.2.7.12** Verificará que la cita para “ST-3” se hubiera otorgado dentro de los tres días hábiles contados a partir del envío por el servicio de atención médica, corroborándolo en la agenda de citas. La fecha de primera cita para dictaminación con “Expediente clínico” completo debe estar registrada en el “ST-3.

**5.2.7.13** Elaborará el “ST-3” dentro del término de tres días hábiles siguientes a la *fecha de primera cita para dictaminación con expediente clínico completo*. En caso de rechazo del “ST-3” realizará las correcciones necesarias en un lapso máximo de un día hábil.

**5.2.7.14** Ingresará la información relacionada con la dictaminación de las enfermedades de trabajo en el Sistema Electrónico o enviando la tarjeta “ST-5”, en los tiempos establecidos en este procedimiento, para conformar la casuística de riesgos de trabajo, propiciando transparencia y calidad en la información.

**5.2.7.15** Elaborará y registrará con veracidad la información requerida en el “ST-2”, “ST-3”, “ST-5”, “ST-8” y “ST-9” y demás documentos señalados, referir adecuadamente los elementos médico técnico administrativos, así como su fundamentación.

**5.2.7.16** Realizará las acciones necesarias con las áreas médicas asistenciales y técnico-administrativas institucionales, con el objetivo de dictaminar con oportunidad y calidad las probables enfermedades de trabajo.

**5.2.7.17** Atenderá y dará seguimiento a todos los casos pendientes de resolución en su ámbito de responsabilidad, en caso de cobertura de plaza del MSST que sustituye.

**5.2.7.18** Podrá acudir con el especialista en Seguridad en el Trabajo al centro de trabajo para participar en la evaluación de factores de riesgo en el medio ambiente de trabajo cuando lo considere necesario y sea autorizado por el CDST.

**5.2.7.19** Deberá acudir al centro de trabajo y llevar a cabo la evaluación de factores de riesgo psicosociales en los escenarios establecidos en este procedimiento.

**5.2.7.20** Será contactado por correo electrónico, vía telefónica o por cualquier otro medio por el especialista de Seguridad en el Trabajo responsable de la investigación, previo a que este último elaboré el “Informe de investigación del puesto de trabajo”, con el fin de analizar y comentar los resultados de la caracterización de la exposición.

NOTA: El “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035 pertenece al “Procedimiento para el desarrollo de la investigación y prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, estudio de puestos de trabajo y elaboración del dictamen pericial técnico en seguridad e higiene de trabajo”, clave 3A23-003-008.

**5.2.7.21** Capacitará y asesorará a los AUO de ST que sean asignados a los Servicios de Salud en el Trabajo respecto a las actividades que le competen de acuerdo con la Normatividad de Salud en el Trabajo.



**5.2.7.22** Verificará que el AUO de ST integre y actualice las carpetas de seguimiento de los PRT y la “Base de datos”.

**5.2.7.23** Validará y realizará correcciones, en su ámbito de su competencia, de la congruencia en los datos de los sistemas de información de Salud en el Trabajo.

**5.2.7.24** Registrará con veracidad la información que capture en los sistemas electrónicos del Instituto, así como en los reportes e informes que emita.

**5.2.7.25** Utilizará su acceso al Sistema Bibliotecario del IMSS y a los Recursos Electrónicos de Información en Salud del IMSS para realizar la “Revisión bibliográfica”.

**5.2.7.26** Solicitará al Director de la Unidad Médica que envíe por correo electrónico el “Expediente clínico” al Director de la Unidad Médica de la OOAD que corresponda con el domicilio actual del asegurado en proceso de dictaminación o dictaminado previamente en esa OOAD y que haya cambiado de OOAD de adscripción, marcando copia al CDST y al MSST de su OOAD.

## **5.2.8 El Auxiliar Universal de Oficina del servicio de Salud en el Trabajo**

**5.2.8.1** Realizará las actividades relacionadas con su función que le encomiende el MSST.

**5.2.8.2** Realizará las actividades de su competencia descritas en el presente procedimiento.

**5.2.8.3** Integrará y conservará las carpetas físicas y electrónicas para el control de los casos en el Servicio de Salud en el Trabajo.

**5.2.8.4** Elaborará y mantendrá actualizada la “Base de datos”.

**5.2.8.5** Llevará el seguimiento del “ST-9” desde su elaboración en el Servicio de Salud en el Trabajo hasta la entrega de la calificación al asegurado.



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p><b>6 Descripción de actividades</b></p> <p>MSST y/o CCST o JSST y/o Jefe de la CEST y/o CDST</p>	<p>1. Procede conforme al caso:</p> <p>Modalidad A. Detección, atención y calificación de probable enfermedad de trabajo</p> <p>Continúa en la actividad 2.</p> <p>Modalidad B. Dictaminación de incapacidad permanente o de defunción por enfermedad de trabajo</p> <p>Continúa en la actividad 324.</p> <p>Modalidad C. Seguimiento de casos pendientes de alta e identificación de casos con probables secuelas</p> <p>Continúa en la actividad 500.</p> <p>Modalidad D. Manejo administrativo de la “ST-5”</p> <p>Continúa en la actividad 537.</p> <p>Modalidad E. Entrega de “ST-9” calificada en ausencia</p> <p>Continúa en la actividad 558.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A</b> <b>Detección, atención y calificación de probable enfermedad de trabajo</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Etapas I</b> <b>Detección</b></p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico tratante y/o Jefe del SPPSTIMSS y/o MSST	<p><b>2.</b> Realiza las actividades de acuerdo con el tipo de detección:</p> <p>Submodalidad 1. Detección y atención de probable enfermedad de trabajo por Médico tratante y/o Jefe del SPPSTIMSS</p> <p>Continúa en la actividad 3.</p> <p>Submodalidad 2. Detección de probable enfermedad de trabajo por el MSST</p> <p>Continúa en la actividad 4.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 1</b> <b>Detección y atención de probable enfermedad de trabajo por Médico tratante y/o Jefe del SPPSTIMSS</b></p>
Médico tratante y/o Jefe del SPPSTIMSS	<p><b>3.</b> Realiza lo siguiente, de acuerdo con el nivel de atención:</p> <p>a) Primer nivel de atención</p> <p>Actividades relacionadas con la atención de probable enfermedad de trabajo que se encuentran contenidas en el “Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar”, clave 2640-003-002.</p> <p>b) Segundo nivel de atención</p> <p>Actividades relacionadas con la atención de pacientes por el Médico no Familiar de unidades hospitalarias, que se encuentran contenidas en el “Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-052.</p> <p>c) Tercer nivel de atención</p> <p>Actividades relacionadas con la atención de probable enfermedad de trabajo en el “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p>Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-016.</p> <p>d) SPPSTIMSS</p> <p>Actividades relacionadas con la atención de probable enfermedad de trabajo de acuerdo con la normatividad aplicable.</p> <p>Continúa en la actividad 30.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Detección de probable enfermedad de trabajo por el MSST</b></p> <p>4. Realiza la detección de la probable enfermedad de trabajo, la cual podrá realizarse de forma documental o presencial.</p> <p style="padding-left: 40px;">2.1. Detección documental</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 5.</p> <p style="padding-left: 40px;">2.2. Detección presencial</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 22.</p> <p style="text-align: center;"><b>2.1. Detección documental</b></p> <p>5. Revisa y descarga de manera mensual en la carpeta compartida de su OOAD que se encuentra en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo, el archivo: “Listado de incapacidades temporales”.</p> <p>6. Detecta de manera intencionada casos de probables enfermedades de trabajo en el “Listado de incapacidades temporales”, de acuerdo con el diagnóstico nosológico que la literatura médica reporte como asociado a exposiciones laborales y con apoyo de su experiencia y del fascículo de “Enfermedades Asociadas a Exposiciones en el Ambiente Laboral, Ocupaciones y Actividades Económicas”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>NOTA 1: El fascículo “Enfermedades Asociadas a Exposiciones en el Ambiente Laboral, Ocupaciones y Actividades Económicas” lo genera la Coordinación de Salud en el Trabajo y se encuentra disponible en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo.</p> <p>NOTA 2: En los Servicios de Salud en el Trabajo que superen las actividades programadas para la meta 15202 “Calificación de Enfermedades de Trabajo” y tengan el indicador de porcentaje de reclasificación por debajo del referente nacional, no será obligatoria esta actividad.</p> <p>7. Selecciona dos casos por semana del “Listado de incapacidades temporales” de acuerdo con su análisis, elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico y especifica que se localizará al trabajador para descartar una probable enfermedad de trabajo.</p> <p>8. Ingresa a la Consulta de Vigencia, identifica y extrae los números telefónicos de los trabajadores y los proporciona al AUO de ST.</p> <p>NOTA 1: En caso de no contar con número telefónico del trabajador, se selecciona otro caso del “Listado de incapacidades temporales”.</p> <p>NOTA 2: En caso de no contar con aparato telefónico en el servicio, debe solicitar a la Dirección de la Unidad Médica el apoyo necesario para la realización de las llamadas.</p>
AUO de ST	<p>9. Contacta vía telefónica al asegurado.</p> <p>NOTA: El contacto vía telefónica lo intentará en dos ocasiones el mismo día que le proporcionó el caso el MSST.</p> <p><b>No logra contactar vía telefónica al asegurado</b></p> <p>10. Informa personalmente al MSST que el asegurado no pudo ser contactado vía telefónica en dos ocasiones.</p>
MSST	<p>11. Selecciona ese mismo día otro caso del “Listado de incapacidades temporales” y le proporciona los datos al AUO de ST para que lo contacte.</p> <p>NOTA: Se realiza esta actividad hasta que se obtengan los casos de estudios necesarios.</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>12. Elabora la “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico y especifica que no se logró localizar al asegurado.</p> <p>Continúa en la actividad 8.</p> <p><b>Sí logra contactar vía telefónica al asegurado</b></p>
AUO de ST	<p>13. Coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y le especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial”, “Cartilla nacional de salud”, “Nota(s) médica(s)” y/o “Paraclínicos”, en caso de contar con estos.</p>
MSST	<p>14. Elabora el día que se programe la cita, la “Nota de Salud en el Trabajo” de valoración o seguimiento del caso en el Sistema Electrónico y especifica si se inicia protocolo de estudio o detecta alguna otra probable enfermedad de trabajo o solicita complementación diagnóstica (interconsultas o paraclínicos), o identifica que no se trata de una probable enfermedad de trabajo o registra que el asegurado no acudió a su cita.</p> <p>15. Requisita el archivo: “Sistema de Reportes de Salud en el Trabajo” y lo envía mensualmente por correo electrónico al CCST o JSST o CDST, dependiendo del tipo de OOAD.</p> <p>NOTA: El archivo: “Sistema de Reportes de Salud en el Trabajo” se obtiene de la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo.</p>
CCST o JSST	<p>16. Recibe mensualmente por correo electrónico del MSST, el archivo: “Sistema de Reportes de Salud en el Trabajo” y lo revisa para identificar si tiene inconsistencias.</p> <p><b>Si presenta inconsistencias</b></p> <p>17. Aclara con el MSST inconsistencias en el archivo: “Sistema de Reportes de Salud en el Trabajo” y apoya de ser necesario, en la resolución de problemas presentados en la atención de los casos.</p> <p>Continúa con la actividad 18.</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>2.2.1 Por dictaminación de invalidez</b></p> <p><b>23.</b> Descarta durante las actividades de dictaminación de invalidez, que el asegurado tenga como patología principal o concomitante una(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo, con apoyo de su experiencia y del fascículo “Enfermedades Asociadas a Exposiciones en el Ambiente Laboral, Ocupaciones y Actividades Económicas”.</p> <p><b>24.</b> Identifica en el “Expediente clínico” de los asegurados que acuden para determinar probable estado de invalidez, las “Pantallas” impresas de la Consulta de Vigencia, para verificar que el trabajador tenga derecho al seguro de riesgos de trabajo en las modalidades 10, 13, 14, 17, 30, 35 y 42.</p> <p style="text-align: center;"><b>No tiene derecho</b></p> <p><b>25.</b> Continúa con el protocolo para determinar el probable estado de invalidez.</p> <p style="text-align: center;">Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí tiene derecho</b></p> <p><b>26.</b> Analiza, durante la revisión del “Expediente clínico”, así como el interrogatorio de los antecedentes laborales previo a la elaboración del dictamen de invalidez, la posible etiología de la(s) enfermedad(es) relacionadas con el trabajo, principalmente de los diagnósticos que de acuerdo con la literatura tienen una alta probabilidad de ser causados por exposiciones a factores de riesgo en el ambiente de trabajo, como son, entre otros, los siguientes:</p> <p>a) En todos los asegurados independientemente de la edad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• C45.X. Mesotelioma</li><li>• C34.X. Tumores Malignos del Pulmón</li><li>• G56.0. Síndrome del Túnel del Carpo</li><li>• H90.5. Hipoacusia neurosensorial</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<ul style="list-style-type: none"><li>• H90.8. Hipoacusia conductiva y neurosensorial</li><li>• M72.0. Fibromatosis de la aponeurosis palmar</li><li>• J45.X. Asma</li></ul> <p>b) En todos los asegurados independientemente de la edad, cuando no exista una causa documentada por traumatismo único</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• M75.1. Síndrome del manguito rotador</li><li>• M75.4. Síndrome de abducción dolorosa del hombro</li><li>• M75.5. Bursitis del hombro</li><li>• M77.0. Epicondilitis media</li><li>• M77.1. Epicondilitis lateral</li></ul> <p>c) En asegurados menores de 55 años</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• M42. Osteocondrosis de la columna vertebral</li><li>• M43.0 Espondilólisis</li><li>• M43.1 Espondilolistesis</li></ul> <p>Continúa en la actividad 28.</p> <p><b>2.2.2 Por dictaminación de accidente de trabajo</b></p> <p><b>27.</b> Descarta durante las actividades de dictaminación de accidente de trabajo que el asegurado tenga como patología principal o concomitante una(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo, con apoyo de su experiencia y del fascículo “Enfermedades asociadas a Exposiciones en el Ambiente Laboral, Ocupaciones y Actividades Económicas” y registra las actividades realizadas en la “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico.</p> <p><b>28.</b> Identifica, si el asegurado se encuentra en alguno de los supuestos siguientes:</p> <p><b>28.1</b> Presenta un diagnóstico nosológico de certeza con exposición laboral de sospecha relevante y valida si tiene tiempo para iniciar protocolo en ese momento.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<ul style="list-style-type: none"><li>• No tiene tiempo Continúa con la actividad 36.</li><li>• Sí tiene tiempo Continúa con la actividad 42.</li></ul> <p><b>28.2</b> Presenta un diagnóstico de sospecha por manifestaciones clínicas o datos subclínicos con exposición laboral de sospecha relevante y solicita “Paraclínicos” o “Monitoreo biológico”, de acuerdo con la normatividad vigente.</p> <p>Continúa con la actividad 29.</p> <p>NOTA: La vigencia de los “Paraclínicos” esta determinada por el criterio médico con base en el diagnóstico y la historia natural de la enfermedad. Tomando en cuenta en las enfermedades crónicas, que si el estado de salud no se modifica con tratamiento específico su vigencia será de hasta un año y las que pueden modificarse con tratamiento específico será de hasta 6 meses.</p> <p><b>28.3</b> Presenta un diagnóstico nosológico de certeza o de sospecha, pero al interrogatorio de los antecedentes laborales estos no demuestran una exposición relevante para iniciar protocolo por una probable enfermedad de trabajo. Continúa con las actividades de dictaminación de accidente de trabajo o invalidez, según sea el caso.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p><b>29.</b> Orienta al asegurado y le indica que al contar con el resultado de todo lo solicitado, pida cita al Servicio de Salud en el Trabajo vía telefónica o presencial.</p> <p>Continúa con la actividad 36.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>Etapas II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Atención de probable(s) enfermedad(es) de trabajo por el MSST</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Fase 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Revisión documental y derecho al seguro de riesgos de trabajo</b></p> <p><b>30.</b> Atiende al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, que acude de forma espontánea o al que fue referido por el Médico tratante o el Jefe del SPPSTIMSS al Servicio de Salud en el Trabajo, para el estudio de una probable enfermedad de trabajo.</p> <p>NOTA: En caso de ser trabajador de empresa con modalidad 17 (grupo organizado o empresa convenio) que no tenga Unidad de Medicina Familiar asignada, se informa vía telefónica o por correo electrónico al CDST quien determina, de acuerdo con el domicilio del trabajador, cuál de los MSST realizará el protocolo de investigación, calificación y, en su caso, elaboración de "ST-3" de la probable enfermedad de trabajo.</p> <p><b>31.</b> Verifica en la Consulta de Vigencia que tenga derecho al seguro de riesgos de trabajo de acuerdo con la actividad 24 e imprime las "Pantallas" con los datos del asegurado y del patrón.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No tiene derecho</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 32.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sí tiene derecho</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 35.</p> <p style="text-align: center;"><b>No tiene derecho</b></p> <p><b>32.</b> Informa verbalmente al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, que no se encuentra en las modalidades descritas en la actividad 24 y, por lo tanto, no tiene derecho al seguro de riesgos de trabajo, o que se encuentra en baja, por lo que no es posible iniciar con el protocolo de estudio</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
AUO DE ST	<p>para calificación de probable enfermedad de trabajo para que se presente al Servicio de Vigencia con la finalidad de que pueda aclarar su situación.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No tiene derecho al seguro de riesgos de trabajo</li></ul> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se encuentra en baja del seguro de riesgos de trabajo y ha transcurrido más de un año</li></ul> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se encuentra en baja del seguro de riesgos de trabajo y no ha transcurrido más de un año</li></ul> <p>Continúa con la actividad 33.</p> <p><b>33.</b> Indica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, que se encuentra en baja, por lo que deberá acudir al Servicio de Vigencia de la Unidad de Medicina Familiar para solicitar el estudio médico para determinar probable riesgo de trabajo, de conformidad al “Lineamiento normativo para el estudio de asegurados dados de baja que reclaman prestaciones por riesgos de trabajo en unidades de medicina familiar” (Anexo 10).</p> <p><b>34.</b> Identifica si recibe la siguiente documentación de la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Hoja de certificación automatizada”</li><li>• “Forma PACSA-01”</li><li>• “Antecedente de pensión” (en su caso)</li><li>• “Expediente clínico” integrado (en caso de haber tenido valoraciones en el IMSS)</li></ul> <p><b>No recibe documentación</b></p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p><b>Sí recibe documentación</b></p> <p>Continúa con la actividad 35.</p>





Responsable	Descripción de actividades
AUO DE ST	<p style="text-align: center;"><b>Sí tiene derecho</b></p> <p><b>35.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado.</p> <p><b>36.</b> Verifica “Agenda de citas” manual y/o electrónica, si es posible, otorga consulta ese día, a fin de iniciar el protocolo de estudio para la calificación de probable enfermedad de trabajo; de no ser así, otorga cita a más tardar en tres días hábiles. Especifica que deberá acudir con la documentación siguiente para que la presente el día de la cita:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Identificación oficial” del asegurado, original y una copia, para verificar su identidad</li><li>• “Cartilla nacional de salud”</li><li>• “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” y/o “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” (en su caso)</li><li>• “Paraclínicos” (en su caso)</li><li>• “Tarjetón de pago”, copia del último, en su caso de ser trabajador IMSS</li></ul> <p>NOTA 1: El formato de “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” es el Anexo 24 y el formato “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” es el Anexo 5 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-016.</p> <p>NOTA 2: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia que se anexa al “Expediente clínico”.</p> <p><b>37.</b> Solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado la documentación de la actividad anterior e integra en el “Expediente clínico”, así mismo anexa las “Pantallas” que imprimió de la Consulta de Vigencia.</p> <p><b>38.</b> Devuelve original de la “Identificación oficial” y coloca sello de recibido del Servicio de Salud en el Trabajo en el anverso de la “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” o en la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98”, con la fecha en que</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
AUO de ST	<p>el asegurado, beneficiario o representante del asegurado, se presenta para solicitar la atención de la probable enfermedad de trabajo.</p> <p><b>39.</b> Escribe la fecha de la cita en la “Cartilla nacional de salud” y en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y solicita número telefónico y correo electrónico para contactar al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, en caso de ser necesario.</p> <p><b>40.</b> Recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, el día de la cita, verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”, lo ingresa al consultorio para valoración junto con el “Expediente clínico”</p>
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Fase 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Protocolo de estudio para la calificación de probable enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>41.</b> Recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>42.</b> Informa al asegurado, beneficiario o representante del asegurado como se llevará a cabo el protocolo de estudio, lo asesora en cuanto a sus derechos y obligaciones establecidos en la “LFT” y la “LSS” en este proceso y después de la calificación.</p> <p>NOTA: De no contar con diagnóstico de certeza realizar las actividades señaladas en el numeral 28.2.</p> <p><b>43.</b> Elabora la “Historia clínica y laboral” y especifica en esta última las empresas en las que ha trabajado, fechas de inicio y de término de cada uno de los puestos de trabajo desempeñados, las actividades realizadas, factores de riesgo y la cercanía o contacto directo con sus fuentes generadoras, la duración, frecuencia e intensidad de la exposición y otros datos que considere necesarios para caracterizar la exposición.</p> <p><b>44.</b> Determina posterior a la elaboración de la “Historia clínica y laboral”, la existencia de exposición relevante.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<ul style="list-style-type: none"><li>• No existe exposición relevante Continúa en la actividad 45.</li><li>• Si existe exposición relevante Continúa en la actividad 48.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>No existe exposición relevante</b></p> <p><b>45.</b> Explica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado el análisis realizado dónde concluye que no existen elementos suficientes para relacionar su padecimiento con el trabajo y verifica con el trabajador si, aun así, solicita iniciar con el protocolo de investigación, aunque probablemente termine calificado como <i>No de trabajo</i>.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí solicita continuar con el protocolo de investigación</b></p> <p>Continúa en la actividad 49.</p> <p style="text-align: center;"><b>No solicita continuar con el protocolo de investigación</b></p> <p><b>46.</b> Elabora el mismo día en que valoró al paciente, “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico y/o “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” al Médico solicitante, en su caso. Hace referencia a la “Historia clínica y laboral” del trabajador con la descripción de la exposición y caracterización (intensidad, duración y frecuencia), patología presentada y latencia; los cuales no son congruentes o suficientes para sospechar una enfermedad de trabajo.</p> <p><b>47.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, para que acuda con su Médico tratante para continuar con su atención médica, y la prescripción de los certificados de incapacidad de ser necesario. Proporciona, en su caso, “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” con la información de la valoración para que la entregue al Médico solicitante y emite recomendaciones de promoción de la salud (higiénico-dietéticas) relacionadas a su padecimiento.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existe exposición relevante</b></p> <p><b>48.</b> Explica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, el análisis realizado y su conclusión del porque considera que existe una exposición relevante.</p> <p><b>49.</b> Identifica al patrón en cuyo centro de trabajo se considera que se presentó la exposición relevante que pudiera haber generado o exacerbado la probable enfermedad de trabajo, con base en la "Historia clínica y laboral" y, en caso de ser necesario, recaba información de esa(s) exposición(es) de manera más exhaustiva.</p> <p><b>50.</b> Solicita al AUO de ST la impresión de la "Pantalla" de la Consulta de Vigencia si el patrón de la exposición relevante aparece listado, en caso contrario solicita al Servicio de Vigencia mediante "Memorándum" la "Consulta de cuenta individual" y "Consulta numérica de patrones" del SINDO.</p> <p><b>51.</b> Registra en el "ST-9", la información del patrón en cuya empresa se considera que se presentó la exposición relevante que pudiera haber generado o exacerbado la probable enfermedad de trabajo y no necesariamente los datos del patrón actual, de acuerdo con los datos de las "Pantallas" de la Consulta de Vigencia o "Consulta de cuenta individual" y "Consulta numérica de patrones" del SINDO impresas, según sea el caso.</p> <p><b>52.</b> Llena los recuadros del anverso del "ST-9", de acuerdo con su instructivo de llenado, cuando cuente con el diagnóstico nosológico de certeza.</p> <p>NOTA 1: En los casos que cuente con un "ST-7" y diagnóstico de probable enfermedad de trabajo, elabora mediante interrogatorio con el trabajador el "ST-9".</p> <p>NOTA 2: Solo en caso de que no se encuentre presente el asegurado anota al inicio del campo 20 en el anverso del "ST-9", la leyenda "Corresponde a la Atención Médica otorgada en fecha dd/mm/aa (campo "fecha y hora de recepción en el Servicio Médico)" del anverso del "ST-7" y copia íntegramente lo registrado en el anverso de este formato</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>53.</b> Identifica si el asegurado presenta múltiples diagnósticos nosológicos de certeza derivados de una misma exposición relevante al factor de riesgo, latencia y/o fisiopatología, en estos casos elabora un solo “ST-9”, con los diferentes diagnósticos nosológicos.</p> <p><b>54.</b> Identifica si el asegurado presenta múltiples probables enfermedades de trabajo con diferentes exposiciones relevantes a los factores de riesgo, latencias y/o fisiopatologías, de ser el caso, elabora un “ST-9”, por cada probable enfermedad de trabajo que se identifique.</p> <p><b>55.</b> Imprime en cuatro tantos cada “ST-9” y plasma su firma autógrafa en cada uno.</p> <p><b>56.</b> Solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado plasme su firma autógrafa en el recuadro correspondiente del anverso del “ST-9”, de todos los tantos.</p> <p>NOTA: En caso de algún impedimento del asegurado, el beneficiario o representante del asegurado, es quien anota su nombre, firma, domicilio y teléfono en los recuadros correspondientes.</p> <p><b>57.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema electrónico donde refiere que el asegurado se encuentra en protocolo de estudio e incluye elementos de la “Historia clínica y laboral”, así como el manejo médico-técnico-legal para la calificación de la(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo y señala que debe continuar con su manejo médico por parte del Médico tratante.</p> <p><b>58.</b> Distribuye el “ST-9”, de la manera siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dos tantos para asegurado, beneficiario o representante del asegurado, uno para él y el otro para ser entregado a su patrón, este último solo si el patrón se encuentra en alta.</li><li>• Dos tantos para el Servicio de Salud en el Trabajo, los cuales anexa en el “Expediente clínico” y lo turna al AUO de ST.</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p>NOTA: El asegurado deberá entregar al patrón el formato “ST-9” donde existió la exposición relevante, incluso cuando ya no se encuentre laborando para ese patrón.</p> <p><b>59.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para que entregue al patrón, un tanto del “ST-9” y le solicite que lo llene dentro de un plazo máximo de 72 horas posteriores a la atención otorgada y conserve el otro tanto y que deberá sacar tres copias del formato “ST-9” debidamente requisitado por el patrón.</p>
AUO de ST	<p><b>60.</b> Informa al asegurado, beneficiario o representante del asegurado que en caso de requerir su asistencia se le localizará vía telefónica y/o por correo electrónico.</p> <p><b>61.</b> Recibe el “Expediente clínico” y registra el caso en la “Base de datos” y captura como mínimo el nombre del asegurado, número de seguridad social, tipo de documento, folio y fecha de inicio de la incapacidad, teléfono de contacto y la fecha de elaboración del “ST-9”.</p> <p><b>62.</b> Extrae del “Expediente clínico” un tanto del “ST-9”, lo archiva temporalmente en la carpeta “PRT pendientes de cita”, en orden cronológico a partir de la fecha de elaboración y número de seguridad y devuelve el “Expediente clínico” al ARIMAC con un tanto del “ST-9”.</p> <p><b>63.</b> Revisa diariamente en la “Base de datos” y/o en la carpeta “PRT pendientes de cita”, si el patrón ya remitió la información complementaria.</p> <p>Submodalidad 1. “ST-9” con información complementaria del patrón</p> <p>Continúa en la actividad 64.</p> <p>Submodalidad 2. “ST-9” sin información complementaria del patrón</p> <p>Continúa en la actividad 81.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>“ST-9” con información complementaria del patrón</b></p> <p><b>64.</b> Recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado con el “ST-9”, con la información complementaria del patrón en original y tres copias.</p> <p><b>65.</b> Solicita el “Expediente clínico” del asegurado al ARIMAC, obtiene de la carpeta “PRT pendientes de cita” el “ST-9” y lo integra al “Expediente clínico” junto con los “ST-9”, que tienen la información complementaria del patrón.</p> <p><b>66.</b> Otorga la cita el mismo día si es factible o dentro de los tres días hábiles siguientes, registra la fecha en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica, y en la “Base de datos” y ubica físicamente el “Expediente clínico” en la carpeta “PRT citados para calificación”.</p> <p><b>67.</b> Extrae el “Expediente clínico” de la carpeta “PRT citados para calificación”, recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado el día de la cita y lo ingresa al consultorio junto con el “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>68.</b> Recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y el “Expediente clínico” y analiza el apartado de información complementaria del patrón del “ST-9”.</p> <p><b>69.</b> Determina si el patrón reconoce la exposición relevante al (los) factor(es) de riesgo(s) asociados a la(s) probable(s) enfermedad(es) o la información complementaria proporcionada es suficiente y congruente a la referida por el asegurado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí reconoce la exposición y la información es congruente</b></p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 173.</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p data-bbox="662 285 1414 352"><b>No reconoce la exposición o la información no es congruente</b></p> <p data-bbox="630 401 1430 684"><b>70.</b> Solicita a la persona que haya remitido al Servicio de Salud en el Trabajo el “ST-9”, con la información complementaria del patrón, información adicional que permita identificar la exposición relevante, mediante “Carta aclaratoria” la cual deberá presentarse en hoja sellada y membretada por la empresa con firma del representante.</p> <p data-bbox="704 730 1430 848">NOTA: En caso de contar con un “ST-7” con información complementaria del patrón, donde no reconozca la exposición o la información sea incongruente o este incompleta, deberá solicitar “Carta aclaratoria”.</p> <p data-bbox="630 894 1430 961"><b>71.</b> Recibe la “Carta aclaratoria” y determina los escenarios siguientes:</p> <ul data-bbox="704 1010 1422 1115" style="list-style-type: none"><li>• La “Carta aclaratoria” no es concluyente o no se recibe en hoja sellada y membretada por la empresa</li></ul> <p data-bbox="743 1157 1133 1188">Continúa en la actividad 72.</p> <ul data-bbox="704 1236 1422 1377" style="list-style-type: none"><li>• Recibe nueva “Carta aclaratoria” que es contradictoria con lo que dice el asegurado o se determina que se requiere más evidencia para documentar la exposición relevante</li></ul> <p data-bbox="743 1419 1133 1451">Continúa en la actividad 73.</p> <ul data-bbox="704 1499 1422 1604" style="list-style-type: none"><li>• La “Carta aclaratoria” es concluyente y se recibe dentro de los tres días hábiles posteriores a su elaboración</li></ul> <p data-bbox="743 1646 1154 1677">Continúa en la actividad 173.</p> <ul data-bbox="704 1726 1422 1793" style="list-style-type: none"><li>• No recibe la “Carta aclaratoria” dentro de los tres días hábiles posteriores a su elaboración</li></ul> <p data-bbox="743 1835 1154 1866">Continúa en la actividad 179.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>La “Carta aclaratoria” no es concluyente o no se recibe en hoja sellada y membretada por la empresa</b></p> <p><b>72.</b> Solicita al patrón a través del asegurado, una nueva “Carta aclaratoria” que cumpla con los puntos que se necesitan para aclarar la exposición relevante y/o que se entregue en hoja sellada y membretada por la empresa, espera respuesta dentro de los tres días hábiles siguientes a su elaboración. Determina los siguientes escenarios:</p> <p><b>72.1</b> Recibe nueva “Carta aclaratoria” que es contradictoria con lo que dice el asegurado o se determina que se requiere más evidencia para documentar la exposición relevante.</p> <p>Continúa en la actividad 73.</p> <p><b>72.2</b> Recibe nueva “Carta aclaratoria” que es concluyente y se encuentra en hoja sellada y membretada por la empresa.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p><b>72.3</b> No recibe la nueva “Carta aclaratoria” dentro de los tres días hábiles posteriores a su elaboración.</p> <p>Continúa en la actividad 179.</p> <p><b>Recibe nueva “Carta aclaratoria” que es contradictoria con lo que dice el asegurado o se determina que se requiere más evidencia para documentar la exposición relevante</b></p> <p><b>73.</b> Solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado que presente “Evidencia documental”, en caso de contar con ella y que sea de su propiedad, tales como correos electrónicos emitidos por la empresa, recibos de nómina, contrato de trabajo, entre otros; que coadyuven a la motivación de la exposición relevante.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>74. Valora la necesidad de contar con la presencia de compañero(s) de trabajo que fue(ron) testigo(s) de las características de la exposición, para la elaboración del “Acta testimonial”, dicho(s) compañero(s) deberán ser mayores de edad.</p> <p>75. Solicita al AUO de ST que lo comuniqué vía telefónica con el asegurado, a fin de identificar la factibilidad de elaborar el “Acta testimonial” con dichos testigos.</p> <p style="text-align: center;"><b>No es factible elaborar “Acta testimonial”</b></p> <p>Continúa en la actividad 96.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí es factible elaborar “Acta testimonial”</b></p>
AUO de ST	<p>76. Solicita al AUO de ST que le otorgue cita al asegurado y a sus testigos.</p> <p>77. Otorga cita al asegurado dentro de los tres días hábiles siguientes, la registra en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y le informa que debe presentarse con su(s) testigo(s), así como con la “Identificación oficial”, en original y copia de cada uno.</p> <p>78. Solicita “Identificación oficial” en original y copia del asegurado y el(los) testigo(s) para cotejo el día de la cita, imprime la “Pantalla” del/los testigo(s) de la Consulta de Vigencia si el patrón de la exposición relevante aparece listado, en caso contrario, solicita al Servicio de Vigencia mediante “Memorándum” la “Consulta de cuenta individual” en el SINDO.</p> <p>79. Recibe en su caso la “Consulta de cuenta individual” del SINDO, comprueba con la documental anterior que el(los) testigo(s) haya(n) trabajado en la empresa donde se sospecha la exposición relevante, anexa la documental de la actividad anterior al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p>80. Elabora el “Acta testimonial”, clave 3A21-009-007 (Anexo 3), la integra al “Expediente clínico” y devuelve original de “Identificación oficial” al asegurado y testigo(s).</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>Continúa en la actividad 96.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>“ST-9” sin información complementaria del patrón</b></p> <p><b>81.</b> Identifica diariamente en la “Base de datos”, los casos en los que han transcurrido 60 días desde la fecha de la elaboración del “ST-9” y lo extrae de la carpeta “PRT pendientes de cita”.</p> <p><b>82.</b> Localiza vía telefónica y/o por correo electrónico al asegurado para que se presente en el Servicio de Salud en el Trabajo en un período máximo de tres días hábiles posteriores a la fecha en que fue contactado.</p> <p style="text-align: center;"><b>No logra contactar vía telefónica al asegurado</b></p> <p><b>83.</b> Registra en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica en un período máximo de tres días hábiles posteriores a la fecha en que no pudo ser localizado, la fecha para calificación en ausencia y saca dos copias del “ST-9”.</p> <p><b>84.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC e integra el original y las dos copias del “ST-9” y lo archiva en la carpeta “PRT citados para calificación” por día de cita.</p> <p>Continúa en la actividad 96.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí logra contactar vía telefónica al asegurado</b></p> <p><b>85.</b> Registra cita dentro de los siguientes tres días hábiles en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado que presente “Evidencia documental” que sea de su propiedad, tales como correos electrónicos emitidos por la empresa, recibos de nómina, contrato de trabajo, entre otros; que coadyuven a la motivación de la exposición relevante para que se integre a su “Expediente clínico”. Le especifica además que deberá acudir con una “Identificación oficial”, “Cartilla nacional de salud”, “Nota(s) médicas(s)” y/o “Paraclínicos”, en caso de contar con estos.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>86. Solicita el "Expediente clínico" al ARIMAC, saca dos copias del "ST-9" y los integra junto con original al "Expediente clínico".</p> <p>87. Archiva el "Expediente clínico" en la carpeta "PRT citados para calificación" por fecha de cita, lo extrae el día de la cita y lo turna al MSST.</p>
MSST	<p>88. Recibe al asegurado, beneficiario o a su representante el día de la cita con la documentación siguiente e integra al "Expediente clínico":</p> <ul data-bbox="706 760 1430 1089" style="list-style-type: none"><li>• "Identificación oficial" del asegurado o de su beneficiario o de su representante, original para cotejo</li><li>• "Cartilla nacional de salud" del asegurado</li><li>• "Nota(s) médica(s)" y/o "Paraclínicos", en caso de contar con estos</li><li>• "Evidencia documental", referida en la actividad 85, que coadyuven a la motivación y exposición relevante</li></ul> <p>89. Devuelve original de "Identificación oficial" al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y analiza toda la documental del "Expediente clínico".</p> <p>90. Elabora "Acta confesional" cuando el asegurado establece que el patrón se niega a proporcionar la información complementaria del "ST-9" y valora si es factible elaborar "Acta testimonial" y la necesidad de contar con la presencia de compañero(s) de trabajo que fue(ron) testigo(s) de las características de la exposición, dicho(s) compañero(s) deberán ser mayores de edad.</p> <p style="text-align: center;"><b>No es factible elaborar "Acta testimonial"</b></p> <p>Continúa en la actividad 96.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí es factible elaborar "Acta testimonial"</b></p> <p>91. Solicita al AUO de ST que le otorgue cita al asegurado y a su(s) testigo(s).</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>92.</b> Otorga cita al asegurado dentro de los tres días hábiles siguientes, la registra en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y le informa que debe presentarse con su(s) testigo(s), así como con “Identificación oficial”, en original y copia de cada uno.</p> <p><b>93.</b> Solicita el día de la cita, copia de la “Identificación oficial” del asegurado y el(los) testigo(s) y la original para cotejo, imprime la “Pantalla” del(los) testigo(s) de la Consulta de Vigencia si el patrón de la exposición relevante aparece listado, en caso contrario, solicita al Servicio de Vigencia mediante “Memorándum” la “Consulta de cuenta individual” en el SINDO.</p> <p><b>94.</b> Recibe en su caso la “Consulta de cuenta individual” del SINDO, comprueba con la documental anterior que el(los) testigo(s) haya(n) trabajado en la empresa donde se sospecha la exposición relevante, anexa la documental al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>95.</b> Elabora el “Acta testimonial”, clave 3A21-009-007 (Anexo 3) y la anexa al “Expediente clínico”. Devuelve original de “Identificación oficial” al asegurado y testigo(s).</p> <p><b>96.</b> Determina si existe duda para establecer la relación causal o hay discrepancia documental entre lo referido por el asegurado y el patrón.</p> <p><b>No existe duda para establecer la relación causal o no hay discrepancia documental</b></p> <p><b>97.</b> Procede al reconocimiento de la enfermedad de trabajo en los casos que exista congruencia entre el diagnóstico nosológico, la exposición relevante al factor de riesgo, la latencia de la enfermedad, la actividad económica de la empresa, el puesto de trabajo y la “Evidencia documental” proporcionada por el asegurado o su(s) testigo(s).</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>Sí existe duda para establecer la relación causal o hay discrepancia documental</b></p> <p><b>98.</b> Contempla el desarrollo de las modalidades de investigación de la exposición a los factores de riesgo en el trabajo de acuerdo con los criterios de la actividad 145.</p> <p>2.1. Investigación documental de la exposición por el MSST</p> <p>Continúa en la actividad 99.</p> <p>2.2. Revisión documental y/o evaluación de factores de riesgo en el trabajo por el personal del Servicio de Seguridad en el Trabajo</p> <p>Continúa en la actividad 154.</p> <p>NOTA: Se podrá utilizar para fortalecer el sentido de la calificación la “Revisión bibliográfica” de los casos y lo referido en “Tesis aisladas relacionadas con enfermedades de trabajo”, clave 3A21-022-004 (Anexo 11).</p> <p><b>2.1. Investigación documental de la exposición por el MSST</b></p> <p><b>99.</b> Realiza la “Revisión bibliográfica” para motivar la relación causal en un plazo máximo de cinco días hábiles a partir de tener la información complementaria del patrón o de que el asegurado refiera que no cuenta con la información complementaria del patrón.</p> <p><b>100.</b> Analiza la información de la “Revisión bibliográfica” y determina si existe duda para poder establecer la relación causal.</p> <p><b>No existe duda para establecer la relación causal</b></p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p><b>Sí existe duda para establecer la relación causal</b></p> <p><b>101.</b> Solicita mediante correo electrónico opinión médico-técnico-legal a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura</p>





Responsable	Descripción de actividades
CCST o JSST	<p>del personal de confianza con la que cuente el OOAD, adjunta el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, “Evidencia documental”, “Revisión bibliográfica” realizada y su “Nota de Salud en el trabajo con la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal del caso.</p> <p>2.1.1. CCST o JSST</p> <p>Continúa en la actividad 102.</p> <p>2.1.2. Jefe de la CEST</p> <p>Continúa en la actividad 130.</p> <p>2.1.3. CDST</p> <p>Continúa en la actividad 140.</p> <p style="text-align: center;"><b>2.1.1. CCST o JSST</b></p> <p><b>102.</b> Recibe correo electrónico y determina si la documental anexada especifica el diagnóstico nosológico de certeza.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No cuenta con diagnóstico nosológico de certeza</li></ul> <p>Continúa en la actividad 103.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sí cuenta con diagnóstico nosológico de certeza</li></ul> <p>Continúa en la actividad 112.</p> <p>NOTA: Podrá solicitar que le envíen por correo electrónico cualquier documento contenido en el “Expediente clínico” que requiera para el análisis del caso.</p> <p><b>No cuenta con diagnóstico nosológico de certeza</b></p> <p><b>103.</b> Regresa el caso mediante correo electrónico al MSST e indica que una vez que cuente con dicho diagnóstico continúe con el proceso de calificación y de ser necesario lo envíe nuevamente para opinión médico-técnica-legal.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<b>104.</b> Recibe correo electrónico y solicita al AUO de ST que contacte vía telefónica y/o por correo electrónico al asegurado para darle cita dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción del correo.
AUO de ST	<b>105.</b> Contacta vía telefónica y/o por correo electrónico al asegurado, coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”. <b>106.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica identidad con “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración junto con el “Expediente clínico”.
MSST	<b>107.</b> Recibe al asegurado y solicita “Paraclínicos” y/o “Monitoreo biológico”, que requiera para tener el diagnóstico de certeza. <b>108.</b> Orienta al asegurado y le indica que al contar con el (los) resultado(s) de lo solicitado, pida cita al Servicio de Salud en el Trabajo vía telefónica o presencial.
AUO de ST	<b>109.</b> Recibe solicitud del asegurado y le otorga cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica, dentro de los tres días hábiles posteriores a la solicitud y especifica que deberá acudir con “Identificación oficial”, “Cartilla nacional de salud” y los “Paraclínicos” y/o resultados del “Monitoreo biológico” que le hayan solicitado. <b>110.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración.
MSST	<b>111.</b> Recibe al asegurado y revisa los “Paraclínicos” y/o “Monitoreo biológico” que haya solicitado.  Continúa en la actividad 96.



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Sí cuenta con diagnóstico nosológico de certeza</b></p> <p><b>112.</b> Confirma que cuenta con el diagnóstico nosológico de certeza y determina si la “Revisión bibliográfica” y la “Historia clínica y laboral” están completas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No están completos</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 113.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sí están completos</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 120.</p> <p style="text-align: center;"><b>No están completos</b></p>
CCST o JSST	<p><b>113.</b> Envía, un día hábil posterior a la recepción de la solicitud, correo electrónico al MSST y especifica que requiere complementar la “Revisión bibliográfica” y/o la “Historia clínica y laboral”, dentro de los cinco días hábiles posteriores a su recepción.</p>
MSST	<p><b>114.</b> Recibe correo electrónico e identifica el tipo de información que debe complementar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Revisión bibliográfica” incompleta</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 115.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Historia clínica y laboral” incompleta</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 116.</p> <p style="text-align: center;"><b>“Revisión bibliográfica” incompleta</b></p> <p><b>115.</b> Complementa la “Revisión bibliográfica” de acuerdo con lo especificado por el CCST o JSST, en un término de tres días hábiles a partir de recibir el correo electrónico con la indicación.</p> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 96.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p align="center"><b>“Historia clínica y laboral” incompleta</b></p> <p><b>116.</b> Solicita al AUO de ST contacte vía telefónica y/o por correo electrónico al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para darle cita dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción del correo.</p>
AUO de ST	<p><b>117.</b> Contacta vía telefónica y/o por correo electrónico al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>118.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica su identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>119.</b> Complementa la “Historia clínica y laboral” con la información que el CCST o JSST haya especificado que se requiere.</p> <p>Continúa en la actividad 96.</p>
CCST o JSST	<p align="center"><b>Si están completos</b></p> <p><b>120.</b> Considera que cuenta con los elementos suficientes para emitir la opinión médico-técnico-legal y determina en máximo dos días hábiles, si persiste o no la duda para establecer relación causal o existe controversia entre lo referido con el MSST.</p> <p align="center"><b>No existe duda o controversia para establecer la relación causal</b></p> <p><b>121.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión del manejo médico-técnico-legal y la envía al MSST por correo electrónico al término de dos días hábiles posteriores a la recepción de la última información.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>MSST</p> <p>CCST o JSST</p> <p>Secretaria o AUO asignados a la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo o la Jefatura de Servicio de Salud en el Trabajo</p>	<p><b>122.</b> Recibe correo electrónico con la “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión del manejo médico-técnico-legal del caso la cual imprime y la coloca en el “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p><b>Sí existe duda o controversia para establecer la relación causal</b></p> <p><b>123.</b> Evalúa si requiere de la presencia del asegurado.</p> <p><b>No requiere de la presencia del asegurado</b></p> <p><b>124.</b> Emite “Nota de Salud en el Trabajo” donde especifica la opinión médico-técnica-legal del caso.</p> <p>Continúa en la actividad 129.</p> <p><b>Sí requiere de la presencia del asegurado</b></p> <p><b>125.</b> Solicita a la Secretaria o AUO asignados a la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo o a la Jefatura de Servicio de Salud en el Trabajo que contacte vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y asigne cita dentro del término de dos días hábiles posteriores a la recepción del último correo electrónico.</p> <p><b>126.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica” y especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>127.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica su identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
CCST o JSST	<p><b>128.</b> Valora clínicamente al asegurado y emite “Nota de Salud en el Trabajo” donde especifica la opinión médico-técnico-legal del caso o especifica la duda o controversia que continúa para establecer la relación causal.</p> <p style="text-align: center;"><b>No continúa la duda o controversia para establecer la relación causal</b></p> <p>Continúa en la actividad 121.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí continúa la duda o controversia para establecer la relación causal</b></p> <p><b>129.</b> Envía por correo electrónico según sea el caso el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, la “Revisión bibliográfica” realizada, la “Nota de Salud en el Trabajo” con la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal del MSST y su propia “Nota de Salud en el Trabajo” donde especifica la opinión médico-técnico-legal del caso y el (los) motivo(s) de duda.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si existe Jefe de la CEST Continúa en la actividad 130.</li><li>• No existe Jefe de la CEST Continúa en la actividad 140.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>2.1.2. Jefe de la CEST</b></p>
Jefe de la CEST	<p><b>130.</b> Recibe correo electrónico, analiza la información del “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, la “Revisión bibliográfica” realizada, la “Nota de Salud en el Trabajo con duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal del MSST y la “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión médico-técnico-legal del caso y el (los) motivo(s) de duda del CCST o JSST.</p> <p>NOTA 1: Podrá solicitar que le envíen por correo electrónico cualquier documento contenido en el “Expediente clínico” que requiera para el análisis del caso.</p> <p>NOTA 2: En caso de no contar en el OOAD con la figura del CCST o JSST, realiza la actividad 102.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de la CEST  Secretaria o AUO asignado a la CEST	<p><b>131.</b> Solicita a la Secretaria o AUO asignado a la CEST que se comunique vía telefónica con el asegurado, beneficiario o representante del asegurado para asignar cita.</p> <p><b>132.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica para su valoración al término de dos días hábiles posteriores a la recepción del correo electrónico y especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>133.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica su identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para su valoración.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>
Equipo multidisciplinario de la CEST y Jefe de la CEST	<p><b>134.</b> Valoran al asegurado cada uno de los integrantes de la CEST, independientemente de la patología en estudio, elaboran “Nota médica” y la entregan junto con los “Paraclínicos” solicitados al Jefe de la CEST.</p> <p>NOTA: La valoración y la solicitud de “Paraclínicos” se hace con base en la “Guía operativa para el desarrollo de las actividades de las Divisiones de Salud en el Trabajo” que se puede consultar en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo.</p>
Jefe de la CEST	<p><b>135.</b> Emite “Nota de Salud en el Trabajo” donde integra su valoración, los “Paraclínicos” y la “Nota médica” de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario y especifica la opinión médico-técnico-legal del caso.</p> <p><b>136.</b> Determina dentro del término de cinco días hábiles que tiene para realizar estas actividades, si persiste o no la duda para establecer relación causal o existe controversia entre lo referido con el MSST y/o el CCST o JSST, en su caso.</p>





Responsable	Descripción de actividades
Jefe de la CEST	<p style="text-align: center;"><b>No existe duda o controversia para establecer la relación causal</b></p> <p><b>137.</b> Envía por correo electrónico su “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión del manejo médico-técnico-legal al MSST con copia al CCST o JSST, en su caso.</p>
MSST	<p><b>138.</b> Recibe correo electrónico con la “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión del manejo médico-técnico-legal del caso, la imprime y la coloca en el “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existe duda o controversia para establecer la relación causal</b></p>
Jefe de la CEST	<p><b>139.</b> Envía correo electrónico al CDST con su “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión médico-técnico-legal del caso y el(los) motivo(s) de duda, anexa el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, la “Revisión bibliográfica” realizada, la “Nota de Salud en el Trabajo” del MSST y la “Nota de Salud en el Trabajo” del CCST o JSST en su caso y la “Nota médica” de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario.</p>
CDST	<p style="text-align: center;"><b>2.1.3. CDST</b></p> <p><b>140.</b> Recibe correo electrónico con la “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión médico-técnico-legal del Jefe CEST y analiza la información del “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, la “Revisión bibliográfica” realizada, la “Nota de Salud en el Trabajo” del MSST y del CCST o JSST y/o la “Nota médica” de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario de la CEST, en su caso.</p> <p>NOTA 1: Puede solicitar que le envíen por correo electrónico cualquier documento contenido en el “Expediente clínico” que requiera para el análisis del caso.</p> <p>NOTA 2: En caso de no contar en el OOAD con la figura de CCST o JSST realiza la actividad 102.</p>



Responsable	Descripción de actividades
CDST	<p><b>141.</b> Determina si existe duda o controversia para establecer la relación causal.</p> <p><b>No existe duda o controversia para establecer la relación causal</b></p> <p><b>142.</b> Comenta vía telefónica la conclusión con el CCST o JSST o Jefe de la CEST y le indica que emita la opinión del manejo médico-técnico-legal en “Nota de Salud en el Trabajo” y la envíe por correo electrónico al MSST.</p>
CCST o JSST o Jefe de la CEST	<p><b>143.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión del manejo médico-técnico-legal, dentro del término de un día hábil posterior al haber acordado el caso con el CDST y la envía por correo electrónico al MSST.</p> <p>NOTA: Marca copia del correo al personal médico de confianza de Salud en el Trabajo que haya estado relacionado con el caso.</p>
MSST	<p><b>144.</b> Recibe correo electrónico con la “Nota de Salud en el Trabajo” del CCST o JSST o Jefe de la CEST con la opinión del manejo médico-técnico-legal, la cual imprime y anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p><b>Sí existe duda o controversia para establecer la relación causal</b></p>
CDST	<p><b>145.</b> Considera que prevalece la duda y analiza los criterios siguientes:</p> <p>a) No llevará a cabo la evaluación de factores de riesgo en el trabajo cuando el motivo de la calificación sea alguna de las siguientes enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Artropatías o artrosis a cualquier nivel (condromalacia, gonartrosis, coxartrosis, etc.)</li><li>• Trastornos de disco intervertebral (estenosis del canal neural por disco intervertebral, trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía, etc.)</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dorsopatías crónicas (escoliosis, espondilosis, espondilolistesis, radiculopatía, estenosis ósea del canal neural, lumbago con ciática, etc.).</li><li>• Otras enfermedades con periodo de latencia larga</li></ul> <p>NOTA 1: Estas enfermedades son de latencia larga, por lo tanto, de acuerdo con la literatura científica y el marco jurídico, la evaluación de factores de riesgo en el trabajo a través de reconocimiento sensorial o monitoreo ambiental o biológico en el puesto de trabajo actual son irrelevantes ya que reflejan el estado actual de la exposición y no la exposición que causó el daño.</p> <p>b) Sí realizará evaluación de factores de riesgo en el trabajo en enfermedades asociadas a factores de riesgo psicosociales o factores de riesgo ergonómicos en periodo de latencia corta o intermedia, en caso de duda o donde la empresa no reconozca o documente la ausencia de la exposición, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos musculares (miositis, otros trastornos especificados de los músculos, etc.)</li><li>• Trastornos en tendones y sinovial (tendinitis, tenosinovitis, sinovitis, etc.).</li><li>• Trastornos de los tejidos blandos (relacionados con el uso excesivo y la presión, bursitis fascitis, etc.)</li><li>• Trastornos de los nervios, raíces y plexos nerviosos (síndrome del túnel carpiano, lesión del nervio cubital –ulnar-, lesión del nervio crural –femoral-, etc.)</li><li>• Dorsopatías (sin daño óseo como lumbago no especificado, lumbalgia mecano postural, etc.)</li><li>• Otras enfermedades con periodo de latencia corta o intermedia.</li></ul> <p>NOTA 2: El MSST deberá realizar la evaluación de factores de riesgo en el trabajo de forma conjunta con el personal de Servicio de Seguridad en el Trabajo en aquellos casos que por sus características lo considere pertinente el CDST.</p>



Responsable	Descripción de actividades
CDST	<p><b>146.</b> Determina el tipo de participación que se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• MSST acude sin el personal del Servicio de Seguridad en el Trabajo para realizar la evaluación de factores de riesgos psicosociales</li></ul> <p>Continúa en la actividad 147.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personal del Servicio de Seguridad en el Trabajo</li></ul> <p>NOTA 1: El personal del Servicio de Seguridad en el Trabajo participará en la evaluación de factores de riesgo psicosociales cuando el CDST lo determine.</p> <p>NOTA 2: El MSST podrá acudir a la evaluación de factores de riesgo en el trabajo junto con el personal del Servicio de Seguridad en el Trabajo para cualquier factor de riesgo, cuando el CDST lo determine.</p> <p>Continúa en la actividad 154.</p> <p>NOTA 3: Si el patrón se encuentra en diferente OOAD de adscripción del asegurado, el CDST del OOAD donde se ubica el patrón designará al MSST que acudirá al centro de trabajo, previa comunicación por correo electrónico del CDST de la adscripción del asegurado.</p> <p><b>MSST acude sin el personal del Servicio de Seguridad en el Trabajo para realizar la evaluación de factores de riesgos psicosociales</b></p> <p><b>147.</b> Indica por correo electrónico al MSST que elabore el “Oficio de presentación” dirigido al representante de la empresa afiliada o centro de trabajo IMSS.</p>
MSST	<p><b>148.</b> Recibe correo electrónico del CDST y elabora en tres tantos “Oficio de presentación” dirigido al representante de la empresa afiliada o centro de trabajo IMSS, en un término no mayor a un día hábil después de su recepción.</p> <p><b>149.</b> Envía a la empresa afiliada o centro de trabajo IMSS el mismo día que elabora el “Oficio de presentación” por correo electrónico o por valija institucional (dos tantos) y establece comunicación</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>vía telefónica o por correo electrónico con la misma para acordar la fecha y la hora en la que acudirá, la cual se debe realizar en máximo cinco días hábiles posteriores a la fecha de la comunicación.</p> <p><b>No se logra comunicación con la empresa afiliada o centro de trabajo IMSS</b></p> <p><b>150.</b> Informa por correo electrónico al CDST y califica el caso con los elementos que se tenga.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p><b>Sí se logra comunicación con la empresa afiliada o centro de trabajo IMSS</b></p> <p><b>151.</b> Acude al centro de trabajo y entrega al representante de la empresa afiliada o centro de trabajo IMSS dos tantos del “Oficio de presentación”, archiva acuse al regresar a la unidad de manera permanente y cronológica.</p> <p><b>152.</b> Solicita acceso al centro de trabajo.</p> <p><b>No se otorga acceso al centro de trabajo.</b></p> <p>Continúa en la actividad 150.</p> <p><b>Sí se otorga acceso al centro de trabajo</b></p> <p><b>153.</b> Realiza la evaluación de factores de riesgo en el trabajo de acuerdo con los criterios normativos establecidos.</p> <p>Continúa en la actividad 162.</p> <p><b>2.2. Revisión documental y/o evaluación de factores de riesgo en el trabajo por el personal del Servicio de Seguridad en el Trabajo</b></p>
CDST	<p><b>154.</b> Indica por correo electrónico al MSST máximo en un día hábil posterior al análisis, que elabore la “Solicitud de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A21-00-009.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>NOTA: La “Solicitud de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A21-009-008 es el Anexo 2 del “Procedimiento para el desarrollo de la investigación y prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, estudios de puestos de trabajo y elaboración del dictamen pericial técnico en seguridad e higiene en el trabajo”, clave 3A23-003-008.</p> <p><b>155.</b> Recibe el correo electrónico del CDST y elabora en un plazo no mayor a un día hábil posterior a la indicación la “Solicitud de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A21-009-008.</p> <p><b>156.</b> Envía por correo electrónico al CDST la “Solicitud de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A21-009-008, en el que especifica los motivos de duda con la “Revisión bibliográfica” y anexa el “ST-9” que contenga la información complementaria del patrón, en caso de contar con ella, la “Historia clínica y laboral” y, en su caso, la “Carta aclaratoria” que haya enviado la empresa.</p> <p>NOTA 1: En el correo electrónico debe referir en caso de que la empresa este en alta, si cuenta o no con información complementaria del patrón o en su defecto si la empresa está en baja y por lo tanto no cuenta con información complementaria del patrón.</p> <p>NOTA 2: En caso de que el MSST desee acudir a la empresa para coadyuvar con la investigación, en el correo electrónico que se envíe explica el motivo y solicita la autorización al CDST quien determina si procede o no la petición.</p>
CDST	<p><b>157.</b> Recibe correo electrónico con los documentos antes referidos, analiza la información y determina si la “Solicitud de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A21-009-008 es correcta.</p> <p style="text-align: center;"><b>No es correcta</b></p> <p><b>158.</b> Identifica errores, regresa por correo electrónico en un plazo máximo de un día hábil al MSST la “Solicitud de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A21-009-008 e indica las inconsistencias para que haga las correcciones necesarias.</p> <p>Continúa en la actividad 155.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<b>CDST</b>           <b>MSST</b>	<p style="text-align: center;"><b>Sí es correcta</b></p> <p><b>159.</b> Deriva la “Solicitud de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A21-009-008 y los documentos (referidos en la actividad 156) por correo electrónico al CAST para la investigación del caso.</p> <p>NOTA: En caso de que el CAST identifique que la información está incompleta la regresa por oficio o correo electrónico al CDST quien solicita al MSST que la complemente en un plazo de un día hábil. Con la información completa, el CDST envía nuevamente al CAST la documental por correo electrónico.</p> <p><b>160.</b> Establece comunicación mediante correo electrónico, vía telefónica o por cualquier otro medio con el Especialista de Seguridad en el Trabajo que ha sido asignado para desarrollar la investigación, a efecto de verificar información específica del caso y aclarar dudas sobre la caracterización de la exposición, así como para definir, en caso de que el MSST participe en el proceso, fechas y horarios probables para acudir al centro de trabajo a desarrollar la evaluación de factores de riesgo en el trabajo.</p> <p style="text-align: center;"><b>No acude al centro de trabajo</b></p> <p>Continúa en la actividad 162.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí acude al centro de trabajo</b></p> <p><b>161.</b> Establece comunicación mediante correo electrónico, vía telefónica o por cualquier otro medio con el Especialista de Seguridad en el Trabajo que desarrolló la investigación, a efecto de verificar la información sobre la caracterización de la exposición.</p> <p><b>162.</b> Elabora en máximo tres días hábiles el “Informe” correspondiente que le compete en la evaluación de factores de riesgo en el trabajo y lo envía por correo electrónico al CAST y al CDST.</p> <p>NOTA: Cuando en la evaluación de factores de riesgo psicosociales, se integre la información proporcionada por el Especialista de Seguridad en el Trabajo, se envía en un periodo máximo de cinco días hábiles a partir de la evaluación en la empresa.</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>163.</b> Elabora el documento “Medidas preventivas médicas para evitar la exposición a factores de riesgo causantes de enfermedades de trabajo”, clave 3A21-009-009 (Anexo 12) y envía por correo electrónico o por “Oficio de envío” al representante del centro de trabajo, marca copia al CDST, en un término no mayor a cinco días hábiles posteriores a llevar a cabo la evaluación de factores de riesgo en el trabajo.</p> <p><b>164.</b> Recibe por correo electrónico del Especialista de Seguridad de Salud en el Trabajo el “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035 del CAST (excepto para los casos de factores de riesgo psicosociales) y analiza si está completo.</p> <p>NOTA: El “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035 es el Anexo 5 del “Procedimiento para el desarrollo de la investigación y prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, estudio de puestos de trabajo y elaboración del dictamen pericial técnico en seguridad e higiene en el trabajo”, clave 3A23-003-008.</p> <p style="text-align: center;"><b>No está completo</b></p> <p><b>165.</b> Deriva el “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035 al CDST (previamente validado por el CCST o JSST o Jefe de la CEST), quien lo turna al CAST por correo electrónico en un plazo de un día hábil posterior a su recepción, para complementar la información.</p> <p>NOTA: El CAST resuelve de acuerdo con las actividades previstas en el “Procedimiento para el desarrollo de la investigación y prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, estudio de puestos de trabajo y elaboración del dictamen pericial técnico en seguridad e higiene en el trabajo”, clave 3A23-003-008.</p>
CDST	<p><b>166.</b> Recibe “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035 del CAST y lo deriva por correo electrónico al MSST, con la indicación que corresponda.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Sí está completo</b></p> <p><b>167.</b> Determina con base en el “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035 y el resto de la información del “Expediente clínico”, si tiene duda para establecer la relación causal.</p> <p style="text-align: center;"><b>No tiene duda para establecer la relación causal</b></p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 173.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí tiene duda para establecer la relación causal</b></p> <p><b>168.</b> Solicita mediante correo electrónico en un plazo de un día hábil posterior a su recepción, la opinión médico-técnica-legal, al CCST o JSST o Jefe de la CEST o CDST de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD, expone su duda médica con su propuesta de calificación y anexa el “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035 para establecer la relación causa-efecto.</p> <p><b>169.</b> Recibe el correo electrónico con la duda médica, la propuesta de calificación y el “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035, emite la opinión médico-técnico-legal correspondiente en máximo un día hábil posterior a su recepción y la regresa por correo electrónico al MSST para que proceda a la calificación de acuerdo con la opinión solicitada.</p> <p style="text-align: center;">NOTA: En caso de que el personal de confianza tenga duda, deberá sesionar de manera colegiada el caso para emitir de manera conjunta la opinión médico-técnica-legal que enviará al MSST.</p> <p><b>170.</b> Recibe correo electrónico con la opinión médico-técnico-legal y solicita al AUO de ST que otorgue cita vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, el mismo día o en un plazo máximo de tres días hábiles.</p>
CCST o JSST o Jefe de la CEST o CDST	
MSST	



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
AUO de ST	<p><b>171.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” del asegurado y/o de quien lo represente y “Cartilla nacional de salud”.</p>
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Etapa III</b> <b>Calificación, recalificación y rectificación de la calificación o complementación diagnóstica</b></p> <p><b>172.</b> Realiza las actividades de acuerdo con el tipo de submodalidad:</p> <p>Submodalidad 1. Calificación de probable enfermedad de trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p>Submodalidad 2. Calificación de defunción por probable enfermedad de trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 208.</p> <p>Submodalidad 3. Calificación de probable recaída por enfermedad de trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 239.</p> <p>Submodalidad 4. Recalificación de enfermedad de trabajo o de recaída en cumplimiento a Resolución del Consejo Consultivo Delegacional.</p> <p>Continúa en la actividad 272.</p> <p>Submodalidad 5. Rectificación de la calificación.</p> <p>Continúa en la actividad 284.</p> <p>Submodalidad 6. Modificación al diagnóstico de calificación.</p> <p>Continúa en la actividad 311.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST  AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Calificación de probable enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>173.</b> Indica al AUO de ST que solicite el “OCITT” inicial correspondiente de acuerdo con el caso.</p> <p><b>174.</b> Elabora en tres tantos la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 del(los) asegurado(s) citado(s) en el Servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p>NOTA: La “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 es el Anexo 11 del “Procedimiento para la dictaminación de los accidentes de trabajo”, clave: 3A21-003-010.</p> <p><b>175.</b> Envía al Servicio de Prestaciones Económicas dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048, solicita la entrega del(los) “OCITT” inicial(es) un día previo a la cita del(los) asegurado(s) o durante la atención en caso de que acuda en forma espontánea y se valore el mismo día que asistió, archiva acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>176.</b> Recibe del Servicio de Prestaciones Económicas la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 con el(los) “OCITT” inicial(es) otorgado(s) al(los) asegurado(s), coteja que este completo y acusa de recibido.</p> <p>NOTA: En caso de no estar completa la información aclara las inconsistencias con el personal del Servicio de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>177.</b> Archiva de forma permanente y cronológica la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 e integra el(los) “OCITT” inicial(es) al (los) “Expediente(s) clínico(s)” y lo(s) entrega al MSST.</p> <p><b>178.</b> Verifica si se presenta el asegurado a la cita.</p> <p style="text-align: center;"><b>No se presenta a la cita</b></p> <p>Continúa en la actividad 180.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>Sí se presenta a la cita</b></p> <p><b>179.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica identidad con “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración junto con el “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>180.</b> Recibe el “Expediente clínico” y analiza la documental contenida.</p> <p><b>181.</b> Establece si existe o no relación causa-efecto trabajo-daño entre los factores de riesgo y el(los) diagnóstico(s) del asegurado, califica como corresponda en el “ST-9”, en los cuatro tantos, anota en los casos de <i>Sí de Trabajo</i> el diagnóstico y la fracción de la Tabla de Enfermedades de Trabajo de acuerdo con la enfermedad calificada.</p> <p>NOTA 1: En caso de contar con “ST-7” requisitado en su anverso y reverso, escribe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En el campo 16 del reverso de la “ST-9” la siguiente leyenda: “El patrón dio aviso en fecha dd/mm/aaaa (campo “lugar y fecha” del reverso del “ST-7”) en el formato ST-7 con fecha de primera atención médica dd/mm/aaaa (campo “fecha y hora de recepción en el servicio médico” del anverso del “ST-7”), que se anexa” y emite la calificación en el reverso del “ST-9”.</li><li>• En el reverso del “ST-7” en el recuadro de la calificación del campo <i>Fundamento legal de la calificación</i> la leyenda: “Se trata de una Enfermedad de Trabajo que fue calificada en formato “ST-9” de fecha dd/mm/aaaa (campo “lugar y fecha” del reverso de la “ST-9”)”. No plasmará ninguna calificación en el “ST-7”.</li></ul> <p>NOTA 2: De tratarse de un caso sin información complementaria del patrón, anota en el “ST-9” en su apartado <i>Fundamento legal adicional</i> lo siguiente: “El patrón no dio aviso de la probable enfermedad de trabajo al Instituto de acuerdo con lo estipulado en el artículo 22 del Reglamento de Prestaciones Médicas”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>182.</b> Comunica el resultado de la calificación al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, solicita que firme de recibido en los cuatro tantos del “ST-9” y le informa que en caso de no estar de acuerdo con la calificación emitida podrá interponer recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo Delegacional.</p> <p><b>183.</b> Asesora con medidas preventivas médicas al asegurado con la finalidad de evitar o limitar la progresión o recurrencia de la patología.</p> <p><b>184.</b> Entrega al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, dos tantos del “ST-9”, uno para él y otro para el patrón e integra dos tantos al “Expediente clínico”.</p> <p><b>185.</b> Realiza las actividades de acuerdo con el tipo de calificación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No de trabajo Continúa en la actividad 186.</li><li>• Sí de trabajo Continúa en la actividad 190.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>No de trabajo</b></p> <p><b>186.</b> Marca en el campo de <i>Se autoriza como Enfermedad de Trabajo</i> en <i>No</i>, sin firmar el “OCITT” inicial y lo integra al “Expediente clínico” del asegurado.</p> <p><b>187.</b> Valora en caso de que el asegurado tenga una disminución de su capacidad para el trabajo que le permita cumplir el criterio referido en el artículo 119 de la “LSS” y su modalidad incluya el derecho en el ramo de Invalidez, inicia protocolo para determinar probable estado de Invalidez.</p> <p><b>188.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico el mismo día en que se realizó la calificación, indica los elementos que dieron lugar a la misma, haciendo referencia a la “Historia clínica y laboral” del asegurado, patología</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>presentada y latencia de la misma, “Paraclínicos”, “Revisión bibliográfica”, caracterización de la exposición, así como los resultados del “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035, en caso de que se haya realizado y especifica las actividades realizadas.</p> <p><b>189.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, para que acuda con su Médico familiar para continuar con su atención médica de ser necesario y emite recomendaciones de promoción de la salud (higiénico-dietéticas) relacionadas a su padecimiento mismas que deben ser referidas en la “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema electrónico.</p> <p>Continúa en la actividad 199.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí de trabajo</b></p> <p><b>190.</b> Autoriza el “OCITT” inicial, marca el campo <i>Sí</i> y plasma firma autógrafa, nombre y matrícula e integra nuevamente al “Expediente clínico” del asegurado.</p> <p>NOTA: En caso de contar con varios periodos discontinuos de incapacidad temporal para el trabajo relacionados con el diagnóstico calificado como <i>Sí de Trabajo</i> se deberán calificar las recaídas correspondientes hasta por un máximo de dos años previos a la fecha de la calificación.</p> <p><b>191.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado de acuerdo con la evolución de la enfermedad, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En caso de que el asegurado evolucione con reincidencia o exacerbación en los signos y síntomas de esta enfermedad, después de que le hayan otorgado el “ST-2”, acuda al Servicio de Salud en el Trabajo para valorar una probable recaída</li><li>• Sí el asegurado evoluciona con disminución o pérdida anatomofuncional acuda al Servicio de Salud en el Trabajo para valorar una probable valuación de secuelas</li></ul>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sí el asegurado fallece por la enfermedad de trabajo calificada, deberán acudir al Servicio de Salud en el Trabajo para valorar la procedencia de Dictamen de defunción por enfermedad de trabajo</li></ul> <p><b>192.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico el mismo día en que realizó la calificación, indica los elementos que dieron lugar a la misma, haciendo referencia a la “Historia clínica y laboral” del asegurado, patología presentada y latencia de la enfermedad, “Paraclínicos”, “Revisión bibliográfica”, caracterización de la exposición, así como los resultados del “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035, en caso de que se haya realizado y especifica las actividades realizadas.</p> <p><b>193.</b> Captura la información del “ST-9” en el Sistema Electrónico el mismo día en que realiza la calificación, de acuerdo con las especificaciones plasmadas al final del instructivo de llenado del “ST-9”.</p> <p>NOTA 1: En caso de recalificación de enfermedad de trabajo, el MSST anota en el campo de fundamentación y motivación la información de la recalificación.</p> <p>NOTA 2: En caso de “ST-9” manual, se debe dar manejo a la “ST-5” de acuerdo a la Modalidad D.</p> <p><b>194.</b> Determina de acuerdo con el estado clínico del asegurado si requiere incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí requiere incapacidad temporal</b></p> <p><b>195.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para que acuda con su Médico familiar para continuar con su atención médica y la prescripción de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo de ser necesario y emite recomendaciones de promoción de la salud (higiénico-dietéticas) relacionadas a su padecimiento.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<ul style="list-style-type: none"><li>• De la parte administrativa Continúa en la actividad 199.</li><li>• Del proceso Continúa en la actividad 501.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>No requiere incapacidad temporal</b></p> <p><b>196.</b> Elabora el “ST-2” en tres tantos, entrega dos tantos al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, uno para él y otro para el patrón e integra un tanto al “Expediente clínico”.</p> <p><b>197.</b> Determina si existen secuelas valuables de la(s) enfermedad(es) calificada(s).</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existen secuelas valuables</b></p> <p><b>198.</b> Entrega el “Expediente clínico” del asegurado al AUO de ST y le indica que otorgue cita para dictaminación inicial de incapacidad permanente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De la parte administrativa Continúa en la actividad 200.</li><li>• Del proceso Continúa en la actividad 326.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>No existen secuelas valuables</b></p>
AUO de ST	<p><b>199.</b> Entrega el “Expediente clínico” del asegurado al AUO de ST.</p> <p><b>200.</b> Recibe “Expediente clínico” del asegurado y extrae un tanto del “ST-9” calificado y el “OCITT” inicial.</p> <p>NOTA: En caso de que la información complementaria del patrón se encuentre en el reverso de un “ST-7”, también extrae un tanto de este documento.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
AUO de ST	<p><b>201.</b> Identifica en el “ST-9” si se calificó como <i>Sí de trabajo</i> o <i>No de trabajo</i>.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí de trabajo</b></p> <p><b>202.</b> Elabora en cuatro tantos la “Relación de envío” conteniendo el(los) “OCITT” inicial(es) autorizado(s) como <i>Sí de trabajo</i>, el listado de los mismos por número de seguridad social, número de serie y folio y un tanto del “ST-9” calificado. Envía tres tantos al Servicio de Vigencia en un lapso no mayor a un día hábil, y el acuse de recibido lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p>NOTA: En caso de que la información complementaria del patrón se encuentre en el reverso de un “ST-7”, también se anexa.</p> <p>Continúa en la actividad 204.</p> <p style="text-align: center;"><b>No de trabajo</b></p> <p><b>203.</b> Elabora en un lapso no mayor a un día hábil dos tantos de la “Relación de envío”, conteniendo el(los) “OCITT” inicial(es) marcado(s) como <i>No de trabajo</i> y el listado por número de seguridad social, número de serie y folio del(los) “OCITT”, envía un tanto al Servicio de Prestaciones Económicas y el acuse de recibido lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>204.</b> Actualiza con la “ST-9” en la “Base de datos” los casos calificados con o sin información complementaria y los relaciona en el Sistema de Reportes de Salud en el Trabajo.</p> <p><b>205.</b> Identifica si el caso se calificó en presencia o ausencia del asegurado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Caso calificado en presencia del asegurado</b></p> <p><b>206.</b> Devuelve el “Expediente clínico” del asegurado al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>Caso calificado en ausencia del asegurado</b></p> <p><b>207.</b> Extrae un tanto del “ST-9” y lo archiva en la carpeta “PRT aceptados pendientes de entregar al asegurado” y devuelve el “Expediente clínico al ARIMAC.</p> <p>Continúa en la actividad 558.</p> <p><b>Submodalidad 2</b></p> <p><b>Calificación de defunción por probable enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>208.</b> Recibe al beneficiario o representante del asegurado fallecido, accede a Consulta de Vigencia e imprime las “Pantallas”.</p> <p><b>209.</b> Identifica si tiene derecho al ramo de Riesgos de Trabajo en las modalidades 10, 13, 14, 17, 30, 35 y 42.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No tiene derecho</li></ul> <p>Continúa en la actividad 210.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sí tiene derecho</li></ul> <p>Continúa en la actividad 214.</p> <p><b>No tiene derecho</b></p> <p><b>210.</b> Informa verbalmente al beneficiario o representante del asegurado fallecido que no tiene derecho al seguro de riesgos de trabajo, por lo que no es posible iniciar con el protocolo de estudio para calificación de probable enfermedad de trabajo.</p> <p><b>211.</b> Orienta al beneficiario o representante del asegurado fallecido para que se presente al Servicio de Vigencia con la finalidad de que pueda aclarar su situación.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No tiene derecho al seguro de riesgos de trabajo</li></ul> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se encuentra en baja del seguro de riesgos de trabajo y ha transcurrido más de un año</li></ul> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se encuentra en baja del seguro de riesgos de trabajo y no ha transcurrido más de un año</li></ul> <p>Continúa con la actividad 212.</p> <p><b>212.</b> Indica al beneficiario o representante del asegurado, que el asegurado se encuentra en baja, por lo que deberá acudir al Servicio de Vigencia para solicitar el estudio médico para determinar probable riesgo de trabajo, de conformidad al “Lineamiento normativo para el estudio de asegurados dados de baja que reclaman prestaciones por Riesgos de Trabajo en unidades de medicina familiar”, (Anexo 10).</p> <p><b>213.</b> Identifica si recibe documentación de la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Hoja de certificación automatizada”</li><li>• “Forma PACSA-01”</li><li>• “Antecedente de pensión” (en su caso)</li><li>• “Expediente clínico” integrado (en caso de haber tenido valoraciones en el IMSS)</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>No recibe documentación</b></p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí recibe documentación</b></p> <p>Continúa con la actividad 214.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí tiene derecho</b></p> <p><b>214.</b> Localiza vía telefónica o por correo electrónico al beneficiario o representante del asegurado fallecido, asigna cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica para su valoración dentro del término de tres días hábiles y solicita que se presente con la siguiente documentación:</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Identificación oficial” del asegurado, original para cotejo y copia fotostática</li><li>• “Cartilla nacional de salud” del asegurado</li><li>• “Acta de defunción” en original y copia certificada</li><li>• “Certificado de necropsia” copia, o dispensa en su caso</li><li>• “Reporte de los exámenes toxicológicos” practicados, o dispensa en su caso</li><li>• “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Notas médicas”</li><li>• “Paraclínicos”, en su caso</li><li>• “Actuaciones de la Policía Federal, Preventiva o Local o Guardia Nacional o Ambulancias”, copia completa y certificada, en su caso</li><li>• “Actuaciones del Ministerio Público”, copia completa y certificada, en su caso</li><li>• “Identificación oficial” del beneficiario o representante del asegurado, copia fotostática y original para cotejo</li><li>• “Tarjetón de pago”, copia del último, en su caso de ser trabajador IMSS</li></ul> <p><b>215.</b> Elabora en tres tantos la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 del(los) asegurado(s) citado(s) en el Servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p><b>216.</b> Envía al Servicio de Prestaciones Económicas dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048, solicita la entrega del(los) “OCITT” inicial(es) un día previo a la cita o durante la atención en caso de que acuda en forma espontánea y se valore el mismo día que asistió y recaba acuse de recibido.</p> <p><b>217.</b> Recibe del Servicio de Prestaciones Económicas la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 con el(los) “OCITT” inicial(es) otorgado(s) al(los) asegurado(s), coteja que este completo y acusa de recibido.</p> <p>NOTA: En caso de no estar completa la información aclara las inconsistencias con el personal del Servicio de Prestaciones Económicas.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>218.</b> Solicita el “Expediente clínico” a ARIMAC y archiva la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>219.</b> Recibe al beneficiario o representante del asegurado el día de la cita y coloca sello de recibido del Servicio de Salud en el Trabajo en la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Nota médica”.</p> <p><b>220.</b> Solicita al beneficiario o representante del asegurado la documentación referida en la actividad 214 y la integra junto con el “OCITT” inicial en el “Expediente clínico” y verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>221.</b> Ingresa al beneficiario o representante del asegurado al consultorio y entrega el “Expediente clínico” al MSST.</p>
MSST	<p><b>222.</b> Realiza la Fase 2 Protocolo de estudio para la calificación de probable enfermedad de trabajo.</p> <p><b>223.</b> Establece si existe o no relación causa-efecto trabajo-daño entre los factores de riesgo y el(los) diagnóstico(s) del asegurado, califica como corresponda en el “ST-9”, en los cuatro tantos, anota en los casos de <i>Sí de Trabajo</i> el diagnóstico y la fracción de la Tabla de Enfermedades de Trabajo de acuerdo con la enfermedad calificada.</p> <p>NOTA 1: En caso de contar con el “ST-7” escribe en el reverso lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En el apartado información complementaria del patrón la siguiente leyenda: “El patrón dio aviso en fecha dd/mm/aaaa (campo “lugar y fecha” del reverso del “ST-7”) en el formato “ST-7” con fecha de primera atención médica dd/mm/aaaa (campo “fecha y hora de recepción en el servicio médico” del anverso del “ST-7”), que se anexa” y emite la calificación en el reverso del “ST-9”.</li><li>• En el recuadro de la calificación del campo Fundamento legal de la calificación la leyenda: “Se trata de una Enfermedad de Trabajo que fue calificada en formato “ST-9” de fecha dd/mm/aaaa (campo “lugar y fecha” del reverso de la “ST-9”)”. No plasma ninguna calificación en el “ST-7”.</li></ul>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>NOTA 2: De tratarse de un caso sin información complementaria del patrón, anota en el "ST-9" en su apartado Fundamento legal de la calificación lo siguiente: "El patrón no dio aviso de la probable enfermedad de trabajo al Instituto de acuerdo con lo estipulado en el artículo 22 del Reglamento de Prestaciones Médicas".</p> <p><b>224.</b> Comunica el resultado de la calificación al beneficiario o representante del asegurado, solicita que firme de recibido en los cuatro tantos del "ST-9" y le informa que en caso de no estar de acuerdo con la calificación emitida podrá interponer recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo Delegacional.</p> <p><b>225.</b> Determina las actividades de acuerdo con el tipo de calificación.</p> <p style="text-align: center;"><b>No de trabajo</b></p> <p><b>226.</b> Marca en el campo de <i>Se autoriza como Riesgo de Trabajo</i> en <i>No</i>, sin firmar el "OCITT" inicial y lo integra al "Expediente clínico" del asegurado.</p> <p><b>227.</b> Elabora "Nota de Salud en el Trabajo" en el Sistema Electrónico el mismo día en que se realizó la calificación, indica los elementos que dieron lugar a la misma, haciendo referencia a la "Historia clínica y laboral" del asegurado, patología presentada y latencia de la misma, "Paraclínicos" "Revisión bibliográfica", caracterización de la exposición, así como los resultados del "Informe de investigación del puesto de trabajo", clave 3A23-009-035, en caso de que se haya realizado y especifica todas las actividades que realizó.</p> <p><b>228.</b> Entrega el "Expediente clínico" del asegurado al AUO de ST.</p> <p>Continúa en la actividad 234.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí de trabajo</b></p> <p><b>229.</b> Autoriza el "OCITT" inicial, marca el campo <i>Sí</i> y plasma firma autógrafa, nombre y matrícula e integra nuevamente al "Expediente clínico" del asegurado.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>230.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema electrónico el mismo día en que se realizó la calificación, indica los elementos que dieron lugar a la misma, haciendo referencia a la “Historia clínica y laboral” del asegurado, patología presentada y latencia de la enfermedad, “Paraclínicos” “Revisión bibliográfica”, caracterización de la exposición, así como los resultados del “Informe de investigación del puesto de trabajo”, clave 3A23-009-035, en caso de que se haya realizado y especifica todas las actividades que realizó.</p> <p><b>231.</b> Captura la información del “ST-9” en el Sistema Electrónico el mismo día en que realiza la calificación, de acuerdo con las especificaciones plasmadas al final del instructivo de llenado del “ST-9”.</p> <p>NOTA: En caso de “ST-9” manual, se debe dar manejo a la “ST-5” de acuerdo a la Modalidad D.</p> <p><b>232.</b> Elabora el “ST-2” en tres tantos, entrega dos tantos al beneficiario o representante del asegurado, uno para él y otro para el patrón e integra un tanto al “Expediente clínico”.</p> <p><b>233.</b> Entrega el “Expediente clínico” del asegurado al AUO de ST y le indica que otorgue cita para dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo.</p>
AUO de ST	<p><b>234.</b> Recibe “Expediente clínico” del asegurado, extrae un tanto del “ST-9” calificado y el “OCITT” inicial e identifica si se calificó como <i>Sí de trabajo</i> o <i>No de trabajo</i>.</p> <p>NOTA: En caso de que la información complementaria del patrón se encuentre en el reverso de un “ST-7”, también extrae un tanto de este documento.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí de trabajo</b></p> <p><b>235.</b> Elabora en cuatro tantos la “Relación de envío” conteniendo el(los) “OCITT” inicial(es) autorizado(s) como <i>Sí de trabajo</i> con el listado de</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
AUO de ST	<p>los mismos por número de seguridad social, número de serie y folio y un tanto del “ST-9” calificado. Envía tres tantos al Servicio de Vigencia en un lapso no mayor a un día hábil y el acuse de recibido lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p>NOTA: En caso de que la información complementaria del patrón se encuentre en el reverso de un “ST-7”, también se envía anexa.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De la parte administrativa Continúa en la actividad 237.</li><li>• Del proceso Continúa en la actividad 365.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>No de trabajo</b></p> <p><b>236.</b> Elabora en un lapso no mayor a un día hábil dos tantos de la “Relación de envío”, conteniendo el(los) “OCITT” inicial(es) marcado(s) como <i>No de trabajo</i> y el listado por número de seguridad social, número de serie y folio del(los) “OCITT”, envía un tanto al Servicio de Prestaciones Económicas y el acuse de recibido lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>237.</b> Actualiza con la “ST-9” en la “Base de datos” los casos calificados con y sin información complementaria y los relaciona en el Sistema de Reportes de Salud en el Trabajo.</p> <p><b>238.</b> Devuelve el “Expediente clínico” de los casos calificados en el Servicio de Salud en el Trabajo al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 3</b> <b>Calificación de probable recaída por enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>239.</b> Recibe al asegurado, referido por el Médico tratante por una probable recaída, solicita los documentos siguientes.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Identificación oficial” del asegurado para cotejo y copia fotostática</li><li>• “ST-9” previamente calificada, copia fotostática.</li><li>• “ST-2”, copia fotostática</li><li>• “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Nota médica” que establezca la presencia de la posible recaída, elaborada por el especialista</li><li>• “Paraclínicos”, en su caso</li></ul> <p>NOTA 1: En asegurados del campo o jornaleros agrícolas recibe por valija la documentación del caso.</p> <p>NOTA 2: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>240.</b> Otorga cita el día hábil siguiente o de ser posible el mismo día de la solicitud, en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica, la anota en la “Cartilla nacional de salud” e informa al asegurado la fecha y hora de la cita.</p> <p><b>241.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC e integra dentro de este, la documentación de la actividad 239 y le informa verbalmente al MSST.</p>
AUO de ST	<p><b>242.</b> Identifica en el NSSA el o los periodos de incapacidad temporal con los diagnósticos que sean consecuencia de la enfermedad de trabajo calificada, así como el folio y serie del(los) “OCITT” inicial(es) correspondiente(s) e indica al AUO de ST que lo(s) solicite.</p> <p>NOTA: En caso de contar con varios periodos discontinuos de incapacidad temporal para el trabajo (ITT) relacionados con el diagnóstico calificado como <i>Sí de trabajo</i> se deben calificar las recaídas correspondientes hasta por un máximo de 2 años previos a la fecha de la calificación.</p>
AUO de ST	<p><b>243.</b> Elabora en tres tantos la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 del(los) asegurado(s) citado(s) en el Servicio de Salud en el Trabajo y envía al Servicio de Prestaciones Económicas dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048, solicitando la entrega del(los) “OCITT” inicial(es)</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>un día previo a la cita del(los) asegurado(s) o durante la atención en caso de que acuda en forma espontánea y se valore el mismo día que asistió y recaba acuse de recibido.</p> <p><b>244.</b> Recibe del Servicio de Prestaciones Económicas la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 con el(los) “OCITT” inicial(es) otorgado(s) al(los) asegurado(s), coteja que este completo y acusa de recibido.</p> <p>NOTA: En caso de no estar completa la información aclara las inconsistencias con el personal del Servicio de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>245.</b> Archiva la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>246.</b> Elabora cuatro tantos del “ST-8” por cada periodo de incapacidad temporal para el trabajo asociado a la enfermedad de trabajo, llena los campos relacionados a los datos del asegurado y del patrón con los datos de la empresa, colocados en el anverso del “ST-9” e integra al “Expediente clínico” junto con el(los) “OCITT” inicial(es) recibidos del Servicio de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>247.</b> Solicita el día de la cita la “Identificación oficial” del asegurado para cotejo, lo ingresa al consultorio para valoración junto con el “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>248.</b> Recibe “Expediente clínico”, analiza el caso y atiende al asegurado, beneficiario o representante del asegurado.</p> <p><b>249.</b> Realiza interrogatorio dirigido y exploración física del asegurado, en caso de estar hospitalizado toma los datos de la “Nota médica” del Médico tratante y elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>250.</b> Analiza el contenido del “Expediente clínico”.</p> <p><b>251.</b> Llena los campos referentes al antecedente de la calificación de la enfermedad de trabajo y de probable recaída en los cuatro tantos del “ST-8” elaborado por cada período de incapacidad temporal para el trabajo asociado a la enfermedad de trabajo.</p> <p><b>252.</b> Establece si existe o no relación causa-efecto, trabajo-daño entre el padecimiento inicial calificado como enfermedad de trabajo y el(los) diagnóstico(s) actual(es). Califica en los cuatro tantos del “ST-8” elaborado por cada periodo de incapacidad temporal para el trabajo asociado a la enfermedad de trabajo. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico el mismo día en que se realizó la calificación, con los elementos que dieron lugar a la misma y todas las actividades realizadas.</p> <p><b>253.</b> Comunica el resultado de la calificación y solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado firma autógrafa en todos los tantos del “ST-8” calificado; informa el derecho a interponer recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo Delegacional, de no estar de acuerdo con la calificación emitida.</p> <p><b>254.</b> Entrega al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, dos tantos del “ST-8”, uno para él y otro para el patrón, integra dos tantos al “Expediente clínico”.</p> <p><b>255.</b> Realiza las actividades de acuerdo con el tipo de calificación.</p> <p style="text-align: center;"><b>No de trabajo</b></p> <p><b>256.</b> Marca en el(los) “OCITT” inicial(es) en el apartado <i>Se autoriza como riesgo de trabajo</i> de los casos calificados como <i>No recaída el campo No</i>, sin firmar el(los) “OCITT” inicial(es).</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p><b>257.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, para que acuda con su Médico familiar para continuar con su atención médica, de ser necesario.</p> <p><b>258.</b> Entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p> <p>Continúa en la actividad 266.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí de trabajo</b></p> <p><b>259.</b> Marca en el(los) “OCITT” inicial(es) en el apartado <i>Se autoriza como Riesgo de Trabajo de los casos calificados como Sí recaída el campo Sí</i>, plasma firma autógrafa, nombre y matrícula en cada periodo de incapacidad temporal asociado a la enfermedad de trabajo calificada y valora si el asegurado requiere incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí requiere incapacidad</b></p> <p><b>260.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para que acuda con su Médico familiar para continuar con su atención médica y la prescripción de los certificados de incapacidad de ser necesario y entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p> <p>Continúa en la actividad 266.</p> <p style="text-align: center;"><b>No requiere incapacidad</b></p> <p><b>261.</b> Elabora el “ST-2” en tres tantos, entrega dos tantos al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, uno para él y otra para el patrón, integra un tanto al “Expediente clínico”.</p> <p><b>262.</b> Elabora, codifica la tarjeta de “ST-5” y la integra al “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En estos casos no debe capturarse la recaída en el Sistema Electrónico ni elaborar “ST-2” electrónica.</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>263.</b> Identifica con la valoración médica y el “Expediente clínico” si existen secuelas valiables de la(s) enfermedad(es) calificada(s) como recaída.</p> <p style="text-align: center;"><b>No existen secuelas valiables</b></p> <p><b>264.</b> Entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 266.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existen secuelas valiables</b></p> <p><b>265.</b> Entrega al AUO de ST el “Expediente clínico” y le indica que otorgue cita para dictaminación de incapacidad permanente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De la parte administrativa</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 266.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Del proceso</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 326.</p>
AUO de ST	<p><b>266.</b> Recibe el “Expediente clínico” del asegurado y extrae un tanto del “ST-8” calificado y el(los) “OCITT” inicial(es).</p> <p><b>267.</b> Realiza las actividades de acuerdo con la calificación emitida.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí de trabajo</b></p> <p><b>268.</b> Elabora en cuatro tantos la “Relación de envío” conteniendo el(los) “OCITT” inicial(es) autorizado(s) como <i>Sí recaída</i>, el listado de los mismos por número de seguridad social, número de serie y folio, y un tanto del (de los) “ST-8” calificado(s). Envía tres tantos al Servicio de Vigencia en un lapso no mayor a un día hábil y el acuse de recibido en el cuarto tanto lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 270.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>No de trabajo</b></p> <p><b>269.</b> Elabora en un lapso no mayor a un día hábil dos tantos de la “Relación de envío”, conteniendo el(los) “OCITT” inicial(es) marcado(s) como <i>No de trabajo</i> y el listado por número de seguridad social, número de serie y folio del(los) “OCITT”, envía un tanto al Servicio de Prestaciones Económicas y el acuse de recibido lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>270.</b> Actualiza con el “ST-8” en la “Base de datos” los casos calificados y los relaciona en el “Sistema de Reportes de Salud en el Trabajo” correspondiente.</p> <p><b>271.</b> Extrae la “ST-5” del “Expediente clínico” en los casos en que se haya elaborado, la archiva de forma temporal y devuelve al ARIMAC el “Expediente clínico” para su archivo.</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 500.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 4</b> <b>Recalificación de enfermedad de trabajo o de recaída en cumplimiento a Resolución del Consejo Consultivo Delegacional</b></p> <p><b>272.</b> Recibe al asegurado, otorga cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y en la “Cartilla nacional de salud” para recalificación en un día hábil siguiente o al momento de la solicitud, le especifica que debe acudir el día de la cita con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Identificación oficial” del asegurado para cotejo</li><li>• “Resolución emitida por el Consejo Consultivo Delegacional”</li><li>• “ST-9” previamente calificado dos copias</li><li>• “ST-8” previamente calificado, dos copias</li></ul> <p style="text-align: center;">NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, se le especifica que se le solicitará “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>273.</b> Solicita el “Expediente clínico” del asegurado al ARIMAC, extrae de la carpeta de resoluciones, la “Resolución emitida del Consejo Consultivo Delegacional enviada por la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar recibida en el Servicio de Salud en el Trabajo y la integra al “Expediente clínico”.</p> <p><b>274.</b> Elabora en tres tantos la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 del(los) asegurado(s) citado(s) en el Servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p><b>275.</b> Envía al Servicio de Prestaciones Económicas dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048, solicita la entrega del(los) “OCITT” inicial(es) un día previo a la cita del(los) asegurado(s) o durante la atención en caso de que acuda en forma espontánea y se valore el mismo día que asistió, recaba acuse de recibido.</p> <p><b>276.</b> Recibe del Servicio de Prestaciones Económicas la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 con el(los) “OCITT” inicial(es) otorgado(s) al(los) asegurado(s), coteja que este completo y acusa de recibido.</p> <p>NOTA: En caso de no estar completa la información aclara las inconsistencias con el personal del Servicio de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>277.</b> Integra el(los) “OCITT” inicial(es) al (los) “Expediente(s) clínico(s)” y lo(s) entrega al MSST y archiva la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>278.</b> Recibe al asegurado el día de la cita y verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST  MSST	<p><b>279.</b> Solicita al asegurado la documentación de la actividad 272 que integra al “Expediente clínico” y lo ingresa al consultorio junto con este.</p> <p><b>280.</b> Recibe el “Expediente clínico” y verifica identidad del asegurado, beneficiario o representante del asegurado con la “Identificación oficial” y la “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>281.</b> Extrae del “Expediente clínico” la original de la “Resolución del Consejo Consultivo Delegacional”, los dos originales y las dos copias del “ST-9” o “ST-8”, recalifica en los cuatro tantos con base en la “Resolución del Consejo Consultivo Delegacional” y escribe en la sección correspondiente de acuerdo con el instructivo de llenado del “ST9” o del “ST8” la siguiente leyenda:</p> <p>Recalificación de _____ a _____ del caso calificado en fecha _____, en cumplimiento a la Resolución N° _____ del Consejo Consultivo Delegacional de fecha _____.</p> <p><b>282.</b> Solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado plasmar su firma autógrafa en el campo correspondiente del “ST-9” o “ST-8” recalificado en los cuatro tantos, le entrega las dos copias, una para él y otra para que la entregue al patrón y las dos originales las integra en el “Expediente clínico”.</p> <p><b>283.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico el mismo día en que se realizó la recalificación y realiza las actividades de acuerdo con el tipo de recalificación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recalificación de probable enfermedad de trabajo</li></ul> <p>Continúa en la actividad 190.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recalificación de defunción por probable enfermedad de trabajo</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>CDST o CAST o Jefe CEST o CCST o JSST o MSST</p>	<p>Continúa en la actividad 229.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recalificación de probable recaída por enfermedad de trabajo</li> </ul> <p>Continúa en la actividad 259.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 5</b> <b>Rectificación de la calificación</b></p> <p><b>284.</b> Procede conforme al caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Error en la calificación del “ST-9” o “ST-8” identificado por el MSST</li> </ul> <p>Continúa en la actividad 285.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Error en la calificación del “ST-9” o “ST-8” identificado por el personal de confianza de Salud en el Trabajo</li> </ul> <p>Continúa en la actividad 302.</p> <p style="text-align: center;"><b>Error en la calificación del “ST-9” o “ST-8” identificado por el MSST</b></p>
<p>MSST</p>	<p><b>285.</b> Identifica error en la calificación del “ST-9” o “ST-8”.</p> <p><b>286.</b> Solicita autorización para realizar la rectificación del dictamen a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD, por correo electrónico y/o “Oficio de solicitud de rectificación” y adjunta el “ST-9” o “ST-8”.</p>
<p>CDST o CAST o Jefe CEST o CCST o JSST</p>	<p><b>287.</b> Recibe correo electrónico y/o el “Oficio de solicitud de rectificación” junto con el “ST-9” o “ST-8”, emite respuesta por correo electrónico y/o “Oficio de respuesta de rectificación” y la envía al MSST.</p>
<p>MSST</p>	<p><b>288.</b> Recibe respuesta mediante correo electrónico y/o el “Oficio de respuesta de rectificación” y solicita al AUO de ST que localice al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y le otorgue cita en un plazo máximo de tres días hábiles.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST  AUO de ST	<p><b>289.</b> Indica al AUO de ST que solicite el “Expediente clínico” y el “OCITT” inicial y que obtenga dos copias del “ST-9” o “ST-8”.</p> <p><b>290.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y especifica que deberá acudir con el original del “ST-9” o “ST-8” y con una “Identificación oficial” del asegurado y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, se le informa que también se le solicitará “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p> <p><b>291.</b> Elabora en tres tantos la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 del(los) asegurado(s) citado(s) en el Servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p><b>292.</b> Envía al Servicio de Prestaciones Económicas dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048, solicita la entrega del(los) “OCITT” inicial(es) un día previo a la cita del(los) asegurado(s) o durante la atención en caso de que acuda en forma espontánea y se valore el mismo día que asistió, recaba acuse de recibido.</p> <p><b>293.</b> Recibe del Servicio de Prestaciones Económicas la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 con el(los) “OCITT” inicial(es) otorgado(s) al(los) asegurado(s), coteja que este completo y acusa de recibido.</p> <p>NOTA: En caso de no estar completa la información aclara las inconsistencias con el personal del Servicio de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>294.</b> Solicita el “Expediente clínico” a ARIMAC, obtiene dos copias del “ST-9” o “ST-8” y las integra al “Expediente clínico”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>295.</b> Integra el(los) “OCITT” inicial(es) al (los) “Expediente(s) clínico(s)” y lo(s) entrega al MSST y archiva la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>296.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y le solicita el original del “ST-9” o del “ST-8”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>297.</b> Integra el original del asegurado del “ST-9” o del “ST-8” al “Expediente clínico” e ingresa al consultorio al asegurado, beneficiario o representante del asegurado junto con el “Expediente clínico”.</p> <p><b>298.</b> Recibe al asegurado y el “Expediente clínico”, verifica su identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo.</p> <p><b>299.</b> Imprime el correo electrónico y/o el “Oficio de respuesta de rectificación” y lo integra al “Expediente clínico”. Extrae del “Expediente clínico” los dos originales y las dos copias del “ST-9” o “ST-8”.</p> <p><b>300.</b> Anota en el apartado de <i>Observaciones posteriores a la fecha de calificación</i> del “ST-9” o “ST-8”, en los dos originales y las dos copias, la corrección de la calificación y el motivo, registra su nombre completo, puesto de trabajo y estampa su firma autógrafa.</p> <p>NOTA: No debe realizar tachaduras en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-9” o “ST-8”.</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p><b>301.</b> Solicita a la Mesa de Servicios Tecnológicos, en su caso, la cancelación del “ST-9” capturado en el Sistema Electrónico y realiza las actividades de acuerdo con el tipo de calificación que se rectificó.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calificación de probable enfermedad de trabajo Continúa en la actividad 182.</li> <li>• Calificación de defunción por probable enfermedad de trabajo Continúa en la actividad 224.</li> <li>• Calificación de probable recaída por enfermedad de trabajo Continúa en la actividad 253.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Error en la calificación del “ST-9” o “ST-8” identificado por el personal de confianza de Salud en el Trabajo</b></p>
CDST y/o CAST y/o Jefe CEST y/o CCST o JSST	<p><b>302.</b> Identifica(n) error en la calificación del “ST-9” o “ST-8”, derivado de las labores de supervisión, evaluación y asesoría de la dictaminación.</p> <p><b>303.</b> Solicita(n) el “Expediente clínico” al AUO de ST y que obtenga dos copias del “ST-9” o “ST-8”.</p>
AUO de ST	<p><b>304.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC, obtiene dos copias del “ST-9” o “ST-8” y las integra al “Expediente clínico”.</p> <p><b>305.</b> Entrega el “Expediente clínico” al CDST y/o CAST y/o Jefe CEST y/o CCST o JSST.</p>
CDST y/o CAST y/o Jefe CEST y/o CCST o JSST	<p><b>306.</b> Recibe(n) el “Expediente clínico” y analiza(n) el caso en conjunto con el MSST.</p>
CDST y/o CAST y/o Jefe CEST y/o CCST o JSST y MSST	<p><b>307.</b> Elabora(n) “Minuta de trabajo”, especifica(n) la(s) modificación(es) a la calificación y la(s) actividad(es) que debe realizar el MSST y se determina si el MSST está o no de acuerdo con la rectificación.</p>



Responsable	Descripción de actividades
CDST o CAST o Jefe CEST o CCST o JSST          MSST	<p style="text-align: center;"><b>Sí está de acuerdo con la rectificación</b></p> <p>Continúa en la actividad 289.</p> <p style="text-align: center;"><b>No está de acuerdo con la rectificación</b></p> <p><b>308.</b> Anota en el apartado de <i>Observaciones posteriores a la fecha de calificación</i> del “ST-9” o “ST-8” la corrección del tipo de riesgo o calificación y el motivo, registra su nombre completo, puesto de trabajo y estampa su firma autógrafa en los dos originales y las dos copias.</p> <p>NOTA: No debe realizar tachaduras en el apartado de <i>Dictamen</i> del “ST-9” o “ST-8”.</p> <p><b>309.</b> Integra(n) al “Expediente clínico” los dos originales y las dos copias del “ST-9” o el “ST-8” y lo entrega(n) junto con la “Minuta de trabajo al MSST.</p> <p><b>310.</b> Recibe el “Expediente clínico” y la “Minuta de trabajo” y realiza las actividades especificadas.</p> <p>Continúa en la actividad 289.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 6</b> <b>Modificación al diagnóstico de calificación</b></p> <p><b>311.</b> Identifica si en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-9” o “ST-8” existe alguna de las siguientes inconsistencias:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico(s) nosológico(s) incompleto(s)</li><li>• Diagnóstico(s) nosológico(s) erróneo(s)</li><li>• Diagnóstico(s) nosológico(s) calificado(s) diferente(s) al actual y que está relacionado con la enfermedad de trabajo calificada.</li></ul> <p><b>312.</b> Solicita al AUO de ST que localice al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, le otorgue cita en un plazo máximo de tres días hábiles, solicite el “Expediente clínico” y que obtenga dos copias del “ST-9” o “ST-8”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>313.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y especifica que deberá acudir con su original del “ST-9” o “ST-8” y con una “Identificación oficial” del asegurado y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p> <p><b>314.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC, obtiene dos copias del “ST-9” o “ST-8” y las integra al “Expediente clínico”.</p> <p><b>315.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y le solicita el original del “ST-9” o del “ST-8”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acude a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se integra al “Expediente clínico”.</p> <p><b>316.</b> Integra el original del asegurado del “ST-9” o del “ST-8” al “Expediente clínico” e ingresa al consultorio al asegurado, beneficiario o representante del asegurado junto con el “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>317.</b> Recibe el “Expediente clínico” y al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, verifica identidad con la “Identificación oficial” y la “Cartilla nacional de salud” y extrae del “Expediente clínico” los dos originales y las dos copias del “ST-9” o “ST-8”.</p> <p><b>318.</b> Anota en el apartado de <i>Observaciones posteriores a la fecha de calificación</i> del “ST-9” o “ST-8”, la modificación al diagnóstico y el motivo del cambio, registra su nombre completo, puesto de trabajo y estampa su firma autógrafa en los dos originales y las dos copias.</p> <p>NOTA: No debe realizar tachaduras en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-9” o “ST-8”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>319.</b> Solicita a la Mesa de Servicios Tecnológicos, en su caso, la cancelación del “ST-9” capturado en el Sistema Electrónico y lo recaptura con la información correcta.</p> <p><b>320.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico con las actividades realizadas y describe el resultado de los “Paraclínicos” que sustenten la modificación al diagnóstico.</p> <p><b>321.</b> Explica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado el motivo de la modificación al diagnóstico en el “ST-9” o “ST-8” y le entrega las dos copias con la modificación al diagnóstico, uno para el asegurado y otro para entregarlo al patrón y los dos originales los coloca dentro del “Expediente clínico”.</p> <p><b>322.</b> Entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p><b>323.</b> Recibe el “Expediente clínico” y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b> <b>Dictaminación de incapacidad permanente o de defunción por enfermedad de trabajo</b></p>
MSST	<p><b>324.</b> Realiza las actividades de acuerdo con el tipo de submodalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 1. Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo</li></ul> <p>Continúa en la actividad 325.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 2. Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo</li></ul> <p>Continúa en la actividad 365.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 3. Casos de duda o controversia en dictamen de incapacidad permanente y/o defunción por enfermedad de trabajo  Continúa en la actividad 398.</li><li>• Submodalidad 4. Aprobación/rechazo y autorización de dictamen de incapacidad permanente y/o de defunción por enfermedad de trabajo  Continúa en la actividad 423.</li><li>• Submodalidad 5. Revaloración de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo  Continúa en la actividad 471.</li><li>• Submodalidad 6. Modificación de dictaminación de incapacidad permanente o de defunción por enfermedad de trabajo en cumplimiento a Resolución del Consejo Consultivo Delegacional  Continúa en la actividad 492.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 1</b> <b>Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>325.</b> Recibe al asegurado que fue valorado por el Médico tratante y/o el MSST y que presenta probable(s) secuela(s) por enfermedad(es) de trabajo o, verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y estampa el sello con la fecha de recibido en el Servicio de Salud en el Trabajo en la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Nota médica”, en su caso.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>326.</b> Verifica la “Agenda de citas” manual y/o electrónica, si es posible otorga cita ese día, de no ser así, a más tardar en tres días hábiles y la anota en la “Cartilla nacional de salud” del asegurado.</p> <p><b>327.</b> Informa fecha y hora de la cita al asegurado y le indica debe presentar el día de la cita la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Identificación oficial” original para cotejo y copia</li><li>• “Cartilla nacional de salud” del asegurado</li><li>• “ST-9”, copia y original para su cotejo</li><li>• “ST-2”, copia</li><li>• “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200”, en su caso</li><li>• “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Nota médica”, en su caso</li><li>• “Paraclínicos”, en su caso</li><li>• “Tarjetón de pago”, copia del último, en su caso de ser trabajador IMSS</li></ul> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p> <p><b>328.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC e integra la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Nota médica”.</p> <p><b>329.</b> Recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado el día de la cita y verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>330.</b> Solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado la documentación de la actividad 327 y la integra al “Expediente clínico”. Ingresa al asegurado, beneficiario o representante del asegurado al consultorio para valoración junto con el “Expediente clínico”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>331.</b> Recibe “Expediente clínico” y al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y verifica identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>332.</b> Consulta el “Expediente clínico”, revisa que este completo y contenga los “Paraclínicos” en caso de que los requiera para proceder a la valuación.</p> <p style="text-align: center;"><b>Expediente incompleto</b></p> <p><b>333.</b> Informa al asegurado, beneficiario o representante del asegurado que requiere de “Paraclínicos” complementario(s), elabora y entrega el(los) formato(s) siguientes(s):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” o “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98”</li><li>• “Solicitud de exámenes de laboratorio” y/o “Solicitud de estudios radiográficos”</li></ul> <p><b>334.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para que efectúe los trámites necesarios y acuda nuevamente al Servicio de Salud en el Trabajo con los resultados de los “Paraclínicos”.</p> <p><b>335.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico, indica las actividades realizadas y deriva el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p><b>336.</b> Recibe el “Expediente clínico” y envía al ARIMAC para su archivo.</p> <p>Continúa en la actividad 326.</p> <p style="text-align: center;"><b>Expediente completo</b></p>
MSST	<p><b>337.</b> Realiza la valoración médica integral, determina con el examen clínico del asegurado y “Paraclínicos” si existe duda para establecer secuelas valiables.</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p data-bbox="662 285 1414 321"><b>Sí existe duda para establecer secuelas valuables</b></p> <p data-bbox="630 365 1430 579"><b>338.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema electrónico el mismo día en que valoró el caso, especifica que solicitará asesoría a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD.</p> <p data-bbox="630 625 1430 951"><b>339.</b> Solicita mediante correo electrónico opinión médico-técnico-legal a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD y adjunta el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, “Paraclínicos”, en su caso; “Nota de Salud en el Trabajo” donde especifica la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal del caso.</p> <p data-bbox="708 997 1117 1033">Continúa en la actividad 398.</p> <p data-bbox="651 1077 1419 1113"><b>No existe duda para establecer secuelas valuables</b></p> <p data-bbox="630 1157 1352 1192"><b>340.</b> Determina si existen o no secuelas valuables.</p> <p data-bbox="805 1236 1265 1272"><b>No existen secuelas valuables</b></p> <p data-bbox="630 1316 1430 1497"><b>341.</b> Explica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado el análisis realizado y su conclusión del porque no existen secuelas valuables relacionadas con la(s) enfermedad(es) de trabajo calificada(s).</p> <p data-bbox="630 1541 1430 1869"><b>342.</b> Elabora el mismo día en que valoró al paciente “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico y en la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” al Médico solicitante, en su caso, en la que especifica que de acuerdo con la valoración clínica y documental en el momento de la valoración no existen secuelas valuables relacionadas con la(s) enfermedad(es) de trabajo calificada(s).</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<b>343.</b> Entrega la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y lo orienta para que acuda con su Médico familiar para continuar con su atención médica de ser necesario y le entregue la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98”, devuelve al AUO de ST el “Expediente clínico”.
AUO de ST	<b>344.</b> Recibe “Expediente clínico” del asegurado y lo devuelve al ARIMAC.  Da por concluido el proceso para este caso.  <b>Sí existen secuelas valuales</b>
MSST	<b>345.</b> Establece una o varias secuelas y la magnitud de cada una, con base en el examen clínico y “Paraclínicos”.  <b>346.</b> Elabora, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de la primera cita para dictaminación con expediente completo, el “ST-3” en el Sistema Electrónico o de forma manual, por cada enfermedad de trabajo.  NOTA: En caso de que exista más de una enfermedad de trabajo y que las secuelas que presenta el asegurado compartan etiología, latencia y fisiopatología, se elabora un solo “ST-3”.  <b>347.</b> Coloca en el “ST-3” los datos administrativos y clínicos correspondientes de manera veraz, completa y congruente.  <b>348.</b> Coloca en el “ST-3”: <ul style="list-style-type: none"><li>• Si es electrónico, en el campo denominado <i>Mecanismo del accidente o tiempo de exposición al(los) agente(s) contaminante(s) y alteraciones producidas</i>, los datos vigentes para su contacto que comprenden el número de teléfono fijo y/o número de teléfono celular (propio o de un familiar), domicilio y, en su caso, correo electrónico (propio o de un familiar).</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si es manual, en el campo denominado <i>Mecanismo del accidente o caracterización de exposición laboral relevante, evolución del padecimiento, tratamiento instituido, sintomatología y exploración física actual, así como estudios paraclínicos que sustenten la presencia de la(s) secuela(s) establecida(s) o el motivo de la defunción</i>, otro teléfono de contacto y correo electrónico.</li></ul> <p><b>349.</b> Fundamenta en el “ST-3” electrónico o manual el porcentaje de la incapacidad órgano-funcional de las secuelas, con base en las disposiciones contenidas en la legislación de la materia que se encuentre vigente.</p> <p><b>350.</b> Determina el carácter del dictamen de acuerdo con los “Criterios para definir el carácter de la incapacidad permanente”, clave 3A21-018-003 (Anexo 13).</p> <p><b>351.</b> Determina, tratándose de trabajador IMSS si es procedente la aplicación de la Tabla C del artículo 4 del Régimen de Jubilación y Pensiones, de acuerdo con los “Criterios para la aplicación de la tabla C del artículo 4 del régimen de jubilaciones y pensiones del contrato colectivo de trabajo IMSS/SNTSS”, clave 3A21-018-002 (Anexo 14).</p> <p><b>352.</b> Determina la fecha de inicio de pensión de acuerdo con lo referido en el instructivo de llenado de “ST-3” y realiza las actividades de acuerdo a si el dictamen es electrónico o manual.</p> <p style="text-align: center;"><b>Dictamen electrónico</b></p> <p><b>353.</b> Envía el “ST-3” por medio del Sistema Electrónico para aprobación por el CCST o JSST y/o Jefe de la CEST (para grupos organizados o empresas con convenio) y autorización por el CDST y por medio de correo electrónico la copia del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS.</p> <p>Continúa en la actividad 355.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Dictamen manual</b></p> <p><b>354.</b> Imprime y firma los seis tantos del “ST-3” en trabajadores de empresas afiliadas y en caso de ser trabajador de empresa con convenio o de grupo organizado siete tantos y los integra al “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En caso de “ST-3” manual, se debe dar manejo a la “ST-5” de acuerdo a la Modalidad D.</p> <p><b>355.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico respecto a las actividades realizadas.</p> <p><b>356.</b> Informa al asegurado que, en diez días hábiles posteriores a la presente cita médica, podrá presentarse en el Servicio de Prestaciones Económicas y en caso de que su dictamen sea autorizado antes, será contactado por dicho servicio.</p> <p><b>357.</b> Entrega al asegurado, beneficiario o representante del asegurado la “Guía para solicitud de pensión por invalidez, riesgo de trabajo o indemnización global” vigente para iniciar con la solicitud de pensión por invalidez, riesgos de trabajo o indemnización global, especifica que este documento es informativo y no es vinculante con el derecho al pago de la prestación económica.</p> <p>NOTA: La “Guía para solicitud de pensión por invalidez, riesgo de trabajo o indemnización global” es el Anexo 4, adjunto 4.1 del “Procedimiento para la atención de solicitudes de pensión y rentas vitalicias”, clave 3A10-003-055.</p> <p><b>358.</b> Determina si el asegurado amerita envío a los Centros de Seguridad Social o es candidato a ingresar al Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral (cuando exista en su OOAD), elabora “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” a las instancias y servicios necesarios y se las entrega al asegurado, beneficiario o representante del asegurado.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST          AUO de ST	<p><b>359.</b> Orienta al asegurado para que se presente tres meses antes de la fecha de vencimiento de la pensión para revaloración médica, en caso de “ST-3” con carácter provisional y le solicita que pase con el AUO de ST para que anote en la “Cartilla nacional de salud” el mes y año en el que deberá presentarse el asegurado para su valoración.</p> <p><b>360.</b> Entrega al AUO de ST el “Expediente clínico” y le solicita que elabore y envíe “Oficio de envío” o “Memorándum de envío”, al Servicio de Prestaciones Económicas donde informe la fecha de inicio de pensión y envíe mediante “Oficio de envío” los seis o siete tantos del “ST-3” manual para aprobación por el CCST o JSST y/o Jefe de la CEST (para grupos organizados o empresas con convenio) y autorización por el CDST.</p> <p><b>361.</b> Recibe el “Expediente clínico”, anota en la “Cartilla nacional de salud” el mes y año en el que deberá presentarse el asegurado para su revaloración, y le pide que durante ese mes se comuniquen vía telefónica al Servicio de Salud en el Trabajo para que se le otorgue cita.</p> <p><b>362.</b> Elabora y envía en dos tantos el “Oficio de envío” o “Memorándum de envío”, al Servicio de Prestaciones Económicas donde se detalle el número de seguridad social, nombre completo del asegurado, fecha probable de inicio de pensión código del diagnóstico y la descripción del diagnóstico, para evitar pagos por concepto de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo posterior a la fecha de inicio de pensión.</p> <p>NOTA: Estas actividades no aplican en caso de que no se haya generado incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p><b>363.</b> Recaba el acuse de recibo del “Oficio de envío” o “Memorándum de envío” mediante el cual se informó la fecha de inicio de pensión al Servicio de Prestaciones Económicas, lo archiva de forma permanente y cronológica.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>364.</b> Elabora el “Oficio de envío” mediante el cual envía los seis o siete tantos del “ST-3” manual del “Expediente clínico” junto con la copia del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS para aprobación por el CCST o JSST y/o Jefe de la CEST (para grupos organizados o empresas con convenio) y autorización por el CDST, archiva acuse de forma permanente y cronológica y devuelve al ARIMAC el “Expediente clínico” del asegurado.</p> <p>Continúa en la actividad 423.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 2</b> <b>Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>365.</b> Recibe al beneficiario o representante del asegurado remitido por el Médico tratante del asegurado fallecido o que acude de manera espontánea, asigna cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica dentro del término de tres días hábiles y coloca sello de recibido del Servicio de Salud en el Trabajo en la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Nota médica”, en su caso.</p> <p><b>366.</b> Anota la cita en la “Cartilla nacional de salud”, informa fecha y hora de la cita al beneficiario o representante del asegurado y le indica que se presente con la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Identificación oficial” del asegurado o pensionado, copia y original para cotejo</li><li>• “Identificación oficial” del beneficiario o representante del asegurado, copia y original para cotejo</li><li>• “Cartilla nacional de salud” del asegurado</li><li>• “Acta de defunción” en copia certificada y original para cotejo</li><li>• “Certificado de necropsia” copia o dispensa en su caso</li><li>• “Reporte de los exámenes toxicológicos” practicados, o dispensa en su caso</li><li>• “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o “Notas médicas”</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Paraclínicos”, en su caso</li><li>• “Actuaciones de la Policía Federal, Preventiva o Local o Guardia Nacional o Ambulancias”, copia completa y certificada, en su caso</li><li>• “Actuaciones del Ministerio Público”, copia completa y certificada, en su caso</li><li>• “ST-9” calificado, copia y original para su cotejo</li><li>• “Tarjetón de pago”, copia del último, en caso de ser trabajador IMSS</li></ul> <p><b>367.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p><b>368.</b> Recibe al beneficiario o representante del asegurado el día de la cita, le solicita la documentación referida en la actividad 366 y la integra al “Expediente clínico”.</p> <p><b>369.</b> Ingresa al beneficiario o representante del asegurado al consultorio junto con el “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>370.</b> Recibe el “Expediente clínico” y al beneficiario o representante del asegurado y verifica identidad con la “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>371.</b> Revisa que este completo el “Expediente clínico” del asegurado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Expediente incompleto</b></p> <p><b>372.</b> Solicita al beneficiario o representante del asegurado la “Documental” de la actividad 366 que se requiera para poder elaborar el “ST-3” y lo orienta e indica que, al contar con lo solicitado, pida cita en el Servicio de Salud en el Trabajo vía telefónica o presencial.</p> <p><b>373.</b> Coloca “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico en la que indica las actividades realizadas y deriva el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p><b>374.</b> Recibe el “Expediente clínico” y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p>Continúa en la actividad 365.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Expediente completo</b></p> <p><b>375.</b> Analiza la información del “Expediente clínico” y determina si existe duda para establecer la relación entre la defunción y la(s) enfermedad(es) de trabajo calificada(s).</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existe duda</b></p> <p><b>376.</b> Elabora el mismo día en que valoró el caso “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico en la que especifica que solicitará asesoría a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD.</p> <p><b>377.</b> Solicita mediante correo electrónico opinión médico-técnico-legal a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD y adjunta el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, “Paraclínicos”, en su caso; “Nota de Salud en el Trabajo” donde especifica la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal del caso.</p> <p>Continúa en la actividad 398.</p> <p style="text-align: center;"><b>No existe duda</b></p> <p><b>378.</b> Determina si existe o no relación entre la defunción y la(s) enfermedad(es) de trabajo calificada(s).</p> <p style="text-align: center;"><b>No existe relación</b></p> <p><b>379.</b> Explica al beneficiario o representante del asegurado, el análisis realizado y su conclusión del porque no existe relación entre la defunción y la(s) enfermedad(es) de trabajo calificada(s) y le informa que en caso de no estar de acuerdo podrá interponer recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo Delegacional.</p> <p><b>380.</b> Elabora el mismo día en que valoró el caso “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico y en la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” al</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>Médico solicitante, en su caso, y especifica que de acuerdo con el análisis realizado no existe relación entre la defunción y la(s) enfermedad(es) de trabajo calificada(s).</p> <p><b>381.</b> Entrega la “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” al beneficiario o representante del asegurado y lo orienta para que acuda con su Médico familiar y se la entregue, devuelve al AUO de ST el “Expediente clínico” del asegurado.</p>
AUO de ST	<p><b>382.</b> Recibe “Expediente clínico” del asegurado y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existe relación</b></p>
MSST	<p><b>383.</b> Elabora con base al “Expediente clínico”, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de primera cita para dictaminación con expediente completo, el “ST-3” en el Sistema Electrónico o manual.</p> <p><b>384.</b> Coloca en el “ST-3” electrónico o manual, los datos administrativos y clínicos correspondientes de manera veraz, completa y congruente.</p> <p><b>385.</b> Coloca en el “ST-3”:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si es electrónico, en el campo denominado <i>Mecanismo del accidente o tiempo de exposición al(los) agente(s) contaminante(s) y alteraciones producidas</i>, los datos vigentes para su contacto que comprenden el número de teléfono fijo y/o número de teléfono celular (propio o de un familiar), domicilio y, en su caso, correo electrónico (propio o de un familiar).</li><li>• Si es manual, en el campo denominado <i>Mecanismo del accidente o caracterización de exposición laboral relevante, evolución del padecimiento, tratamiento instituido, sintomatología y exploración física actual, así</i></li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p><i>como estudios paraclínicos que sustenten la presencia de la(s) secuela(s) establecida(s) o el motivo de la defunción, otro teléfono de contacto y correo electrónico.</i></p> <p><b>386.</b> Fundamenta la defunción, con base en los artículos 477, fracción IV de la “LFT” y 55, fracción IV de la “LSS”.</p> <p><b>387.</b> Explica al beneficiario o representante del asegurado el análisis realizado y su conclusión de la relación de la defunción con la(s) enfermedad(es) de trabajo calificada(s).</p> <p><b>388.</b> Determina la fecha de inicio de pensión de acuerdo con lo referido en el instructivo de llenado de “ST-3” y realiza las actividades de acuerdo a si el dictamen es electrónico o manual.</p> <p style="text-align: center;"><b>Dictamen electrónico</b></p> <p><b>389.</b> Envía el “ST-3” por medio del Sistema Electrónico para aprobación por el CCST o JSST y/o Jefe de la CEST (para grupos organizados o empresas con convenio) y autorización por el CDST y por medio de correo electrónico la copia del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS.</p> <p>Continúa en la actividad 391.</p> <p style="text-align: center;"><b>Dictamen manual</b></p> <p><b>390.</b> Imprime seis tantos del “ST-3” en trabajadores de empresas afiliadas y en caso de ser trabajador de empresa con convenio o de grupo organizado siete tantos, plasma su firma autógrafa en todos los tantos y los integra al “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En caso de “ST-3” manual, se debe dar manejo a la “ST-5” de acuerdo a la Modalidad D.</p> <p><b>391.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico respecto a las actividades realizadas.</p>





Responsable	Descripción de actividades
CCST o JSST o Jefe de la CEST o CDST	<p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 3</b> <b>Casos de duda y controversia en dictamen de incapacidad permanente y/o de defunción por enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>398.</b> Realiza las actividades de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuenta el OOAD:</p> <p style="padding-left: 40px;">3.1 CCST o JSST</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 399.</p> <p style="padding-left: 40px;">3.2 Jefe de la CEST</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 411.</p> <p style="padding-left: 40px;">3.3 CDST</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 421.</p>
CCST o JSST	<p style="text-align: center;"><b>3.1 CCST o JSST</b></p> <p><b>399.</b> Recibe por correo electrónico el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, “Paraclínicos”, en su caso; “Nota de Salud en el Trabajo” con la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal; y analiza la información del caso.</p> <p>NOTA: Puede solicitar que le envíen por correo electrónico cualquier documento contenido en el “Expediente clínico” que requiera para el análisis del caso.</p> <p><b>400.</b> Determina si existe duda o controversia para emitir opinión médico-técnica-legal.</p> <p style="text-align: center;"><b>No existe duda o controversia</b></p> <p><b>401.</b> Envía por correo electrónico al término de tres días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud, su “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión médico-técnico-legal del caso al MSST.</p>
MSST	<p><b>402.</b> Recibe correo electrónico con la “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión médico-técnico-legal del caso, la imprime y la coloca en el “Expediente clínico”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p><b>403.</b> Realiza las actividades de acuerdo con el tipo de dictaminación a más tardar un día hábil posterior a la recepción del correo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 1. Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo.</li></ul> <p>Continúa en la actividad 340.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 2. Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo.</li></ul> <p>Continúa en la actividad 378.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existe duda o controversia</b></p>
CCST o JSST	<p><b>404.</b> Determina si requiere la presencia del asegurado.</p> <p style="text-align: center;"><b>No requiere la presencia del asegurado</b></p> <p><b>405.</b> Emite “Nota de Salud en el Trabajo” donde especifica la opinión médico-técnica-legal del caso.</p> <p>Continúa en la actividad 410.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí requiere de la presencia del asegurado</b></p> <p><b>406.</b> Solicita a la Secretaria o AUO asignados a la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo o a la Jefatura del Servicio de Salud en el Trabajo que contacte vía telefónica al asegurado y asigne cita para su valoración en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica dentro del término de dos días hábiles posteriores.</p> <p><b>407.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca la cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y especifica que deberá acudir el día de la cita con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” para cotejo.</p>
Secretaria o AUO asignados a la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo o a la Jefatura del Servicio de Salud en el Trabajo	



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Secretaria o AYO asignados a la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo o a la Jefatura del Servicio de Salud en el Trabajo</p> <p>CCST o JSST</p>	<p><b>408.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica su identidad con la “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración.</p> <p><b>409.</b> Valora clínicamente al asegurado y determina si continúa la duda o controversia para emitir opinión médico-técnico-legal.</p> <p style="text-align: center;"><b>No continúa la duda o controversia</b></p> <p>Continúa en la actividad 401.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí continúa la duda o controversia</b></p> <p><b>410.</b> Envía por correo electrónico su “Nota de Salud en el Trabajo” con la duda específica y la propuesta de manejo médico-técnico-legal a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo dependiendo si existe o no Jefe de la CEST, de acuerdo con la estructura del personal de confianza en la OOAD y adjunta “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, “Paraclínicos”, en su caso; y “Nota de Salud en el Trabajo” del MSST con la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí existe Jefe de la CEST</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 411.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe Jefe de la CEST</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 421.</p> <p style="text-align: center;"><b>3.2 Jefe de la CEST</b></p>
<p>Jefe de la CEST</p>	<p><b>411.</b> Recibe por correo electrónico “ST-9”, Historia clínica y laboral”, “Paraclínicos”, en su caso; y la “Nota de Salud en el Trabajo” con la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal del MSST y del CCST o JSST, en su caso; analiza la información.</p> <p>NOTA: Puede solicitar que le envíen por correo electrónico cualquier documento contenido en el “Expediente clínico” que requiera para el análisis del caso.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Jefe de la CEST</p> <p>Secretaria o AUO asignado a la CEST</p> <p>Equipo multidisciplinario de la CEST y Jefe de la CEST</p> <p>Jefe de la CEST</p>	<p><b>412.</b> Solicita a la Secretaria o AUO asignado a la CEST que se comunique vía telefónica con el asegurado, beneficiario o representante del asegurado para asignar cita.</p> <p><b>413.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y coloca cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica para su valoración al término de dos días hábiles posteriores a la recepción del correo electrónico y especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p><b>414.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica su identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para su valoración.</p> <p><b>415.</b> Valoran al asegurado cada uno de los integrantes de la CEST, independientemente de la patología en estudio, elaboran “Nota médica” y la entregan junto con los “Paraclínicos” solicitados al Jefe de la CEST.</p> <p>NOTA: La valoración y la solicitud de “Paraclínicos” se hace con base en la “Guía operativa para el desarrollo de las actividades de las Divisiones de Salud en el Trabajo”.</p> <p><b>416.</b> Emite “Nota de Salud en el Trabajo” donde integra su valoración, los “Paraclínicos” y la “Nota médica” de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario y determina dentro del término de cinco días hábiles que tiene para realizar estas actividades, si existe o no duda para emitir opinión médico-técnica-legal.</p> <p style="text-align: center;"><b>No existe duda</b></p> <p><b>417.</b> Envía por correo electrónico, su “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión del manejo médico-técnico-legal al MSST con copia al CCST o JSST, en su caso y adjunta los “Paraclínicos” y la “Nota médica” de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario.</p> <p>Continúa en la actividad 402.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de la CEST	<p style="text-align: center;"><b>Sí existe duda</b></p> <p><b>418.</b> Envía por correo electrónico al CDST su “Nota de Salud en el Trabajo” con la opinión médico-técnico-legal del caso y el(los) motivo(s) de duda, anexa el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, “Paraclínicos”, en su caso; y la “Nota de Salud en el Trabajo” del MSST y del CCST o JSST en su caso y la “Nota médica” de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario.</p> <p><b>419.</b> Acuerda vía telefónica con el CDST en máximo un día hábil.</p> <p><b>420.</b> Emite opinión médico-técnico-legal en “Nota de Salud en el Trabajo” y la envía por correo electrónico al MSST el mismo día que lo acuerda con el CDST, marca copia del correo al personal médico de confianza de Salud en el Trabajo que haya estado relacionado con el caso.</p> <p>Continúa en la actividad 402.</p>
CDST	<p style="text-align: center;"><b>3.3 CDST</b></p> <p><b>421.</b> Recibe correo electrónico con el “ST-9”, “Historia clínica y laboral”, “Paraclínicos”, la “Nota de Salud en el Trabajo” del MSST y/o la del CCST o JSST y/o la del Jefe CEST en su caso y la “Nota médica” de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario de la CEST, en su caso, y analiza la información.</p> <p>NOTA: Puede solicitar que le envíen por correo electrónico cualquier documento contenido en el “Expediente clínico” que requiera para el análisis del caso.</p> <p><b>422.</b> Envía por correo electrónico al MSST la opinión médico-técnico-legal del caso dentro del término de cuatro días hábiles a la recepción de la solicitud, marca copia del correo al personal médico de confianza de Salud en el Trabajo que haya estado relacionado con el caso.</p> <p>Continúa en la actividad 402.</p>





Responsable	Descripción de actividades
<p>CDST o Jefe de la CEST o CCST o JSST</p>	<p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 4</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Aprobación/rechazo y autorización de dictamen de incapacidad permanente y/o defunción por enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>423.</b> Realiza las actividades de aprobación/rechazo y autorización de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD.</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1 CCST o JSST</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 424.</p> <p style="padding-left: 40px;">4.2 Jefe de la CEST (solo grupos organizados y empresas con convenio)</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 436.</p> <p style="padding-left: 40px;">4.3 CDST</p> <p style="padding-left: 80px;">Continúa en la actividad 448.</p>
<p>CCST o JSST</p>	<p style="text-align: center;"><b>4.1 CCST o JSST</b></p> <p><b>424.</b> Recibe el “ST-3” por el Sistema Electrónico y por correo electrónico la copia del “Tarjetón de pago” en caso de Trabajador IMSS o mediante “Oficio de envió” el “ST-3” manual (seis tantos en caso de asegurado de empresa afiliada y en siete tantos en caso de ser de empresa con convenio o de grupo organizado) junto con la copia del “Tarjetón de pago”, en caso de Trabajador IMSS, archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>425.</b> Revisa la motivación y fundamentación del “ST-3” y determina si es correcto.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí es correcto</b></p> <p><b>426.</b> Aprueba el “ST-3” en el Sistema Electrónico, o coloca su firma en caso de Dictamen manual en un plazo máximo de tres días hábiles posteriores a su recepción.</p>





Responsable	Descripción de actividades
Secretaria o AYO asignados a la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo o la Jefatura de Servicio de Salud en el Trabajo	<p><b>431.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica su identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita una “Identificación oficial” para cotejo.</p>
CCST o JSST	<p><b>432.</b> Valora clínicamente al asegurado y emite “Nota de Salud en el Trabajo” donde especifica la opinión médico-técnico-legal del caso dentro del plazo de los tres días hábiles que cuentan para aprobar el “ST-3”.</p> <p><b>433.</b> Determina si el “ST-3” requiere modificaciones.</p> <p style="text-align: center;"><b>No requiere modificaciones</b></p> <p>Continúa en la actividad 426.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí requiere modificaciones</b></p>
MSST	<p><b>434.</b> Rechaza el “ST-3” en el Sistema Electrónico o si es manual, devuelve todos los tantos del “ST-3” al MSST por “Oficio de modificación” o “Memorándum de modificación”, en un plazo máximo de tres días hábiles posteriores a su recepción y especifica el o los motivos del rechazo, a fin de que el MSST realice las modificaciones señaladas y archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>435.</b> Recibe el “ST-3” rechazado en el Sistema Electrónico o los seis o siete tantos del “ST-3” manual enviados mediante “Oficio de modificación”, archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica; realiza a más tardar un día hábil posterior a su recepción las modificaciones señaladas y las actividades de acuerdo con el tipo de submodalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 1. Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo.</li></ul> <p>Continúa en la actividad 346.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Jefe de la CEST</p> <p>Secretaria o AUO asignado a la CEST</p> <p>Equipo multidisciplinario de la CEST y Jefe de la CEST</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 2. Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo.</li></ul> <p>Continúa en la actividad 383.</p> <p>NOTA: Independientemente del número de rechazos no se debe modificar el campo de <i>la fecha de la primera cita para dictaminación con expediente clínico completo</i>.</p> <p><b>4.2 Jefe de la CEST</b> <b>(grupos organizados y empresas con convenio)</b></p> <p><b>436.</b> Recibe el “ST-3” en el Sistema Electrónico y por correo electrónico la copia del “Tarjetón de pago” en caso de Trabajador IMSS o los siete tantos del “ST-3” manual junto con la copia del “Tarjetón de pago” enviados mediante “Oficio de envío” y archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>437.</b> Solicita a la Secretaria o AUO asignados a la CEST que contacte vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para asignar cita.</p> <p><b>438.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, coloca cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica para su valoración y especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará una “Identificación oficial” original y copia fotostática para cotejo.</p> <p><b>439.</b> Recibe al asegurado beneficiario o representante del asegurado el día de la cita, verifica su identidad con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para su valoración.</p> <p><b>440.</b> Valoran al asegurado cada uno de los integrantes de la CEST, independientemente de la patología en estudio, elaboran “Nota médica” y la entregan junto con los “Paraclínicos” solicitados al Jefe de la CEST.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de la CEST	<p>NOTA: La valoración y la solicitud de "Paraclínicos" se hace con base en la "Guía operativa para el desarrollo de las actividades de las Divisiones de Salud en el Trabajo".</p> <p><b>441.</b> Analiza la información referida en el "ST-3" con la "Nota médica" de cada integrante del equipo multidisciplinario.</p> <p><b>442.</b> Emite "Nota de Salud en el Trabajo" donde integra su valoración, los "Paraclínicos" y la "Nota médica" de la valoración de cada integrante del equipo multidisciplinario y especifica la opinión médico-técnico-legal del caso.</p> <p><b>443.</b> Revisa el llenado, la motivación y fundamentación del "ST-3" y determina si es correcto.</p> <p style="text-align: center;"><b>No es correcto el "ST-3"</b></p> <p><b>444.</b> Rechaza el "ST-3" en un plazo máximo de cinco días hábiles posteriores a su recepción en el Sistema Electrónico o si es manual, devuelve todos los tantos del "ST-3" al MSST por "Oficio de modificación", a fin de que realice las modificaciones señaladas, archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p>
MSST	<p><b>445.</b> Recibe el "ST-3" rechazado en el Sistema Electrónico o los siete tantos del "ST-3" manual enviados por "Oficio de modificación", archiva acuse de recibido de forma permanente y cronológica y realiza a más tardar un día hábil posterior a su recepción las modificaciones señaladas y las actividades de acuerdo con el tipo de submodalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 1. Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo.  Continúa en la actividad 346.</li><li>• Submodalidad 2. Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo.  Continúa en la actividad 383.</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de la CEST	<p>NOTA: Independientemente del número de rechazos no se debe modificar el campo de <i>la fecha de la primera cita para dictaminación con expediente clínico completo</i>.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí es correcto el “ST-3”</b></p> <p><b>446.</b> Aprueba el “ST-3” en un plazo máximo de cinco días hábiles posteriores a su recepción en el Sistema Electrónico o coloca su firma en los siete tantos del “ST-3” manual.</p> <p><b>447.</b> Envía el “ST-3” para autorización por el CDST por el Sistema Electrónico y por correo electrónico la copia del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS. En caso de dictamen manual, envía los siete tantos del “ST-3”, mediante “Oficio de envío” para autorización por el CDST junto con la copia del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS y archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p>Continúa en la actividad 448.</p>
CDST	<p style="text-align: center;"><b>4.3 CDST</b></p> <p><b>448.</b> Recibe el “ST-3” en el Sistema Electrónico y por correo electrónico copia del último “Tarjetón de pago” en caso de Trabajador IMSS o mediante “Oficio de envío” el “ST-3” manual (seis tantos en caso de asegurado de empresa afiliada y en siete tantos en caso de ser de empresa con convenio o de grupo organizado) junto con una copia del último “Tarjetón de pago” en caso de Trabajador IMSS y archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>449.</b> Revisa el correcto llenado, la motivación y fundamentación del “ST-3” y determina si está correcto.</p> <p>NOTA 1: Revisa el carácter del dictamen (provisional o definitivo) de acuerdo con los “Criterios para definir el carácter de la Incapacidad Permanente”, clave 3A21-018-003 (Anexo 13).</p>



Responsable	Descripción de actividades
CDST	<p>NOTA 2: En caso de trabajador IMSS, verifica la correcta aplicación de la Tabla C del artículo 4 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con los “Criterios para la aplicación de la Tabla “C” del Artículo 4 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS/SNTSS, clave 3A21-018-002 (Anexo 14).</p> <p style="text-align: center;"><b>No está correcto el “ST-3”</b></p> <p><b>450.</b> Rechaza el “ST-3” en un plazo máximo de cuatro días hábiles posteriores a su recepción especificando el o los motivos del rechazo en el Sistema Electrónico o si es manual, devuelve todos los tantos del “ST-3” al MSST por “Oficio de modificación” a fin de que realice los cambios señalados y archiva el acuse de forma permanente y cronológica.</p> <p>MSST</p> <p><b>451.</b> Recibe el “ST-3” rechazado en el Sistema Electrónico o todos los tantos del “ST-3” manual enviados mediante “Oficio de modificación”, archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica y realiza a más tardar un día hábil posterior a su recepción las modificaciones señaladas y las actividades de acuerdo con el tipo de dictaminación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 1. Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo.</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 346.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 2. Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo.</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 383.</p> <p>NOTA: Independientemente del número de rechazos no se debe modificar el campo de <i>la fecha de la primera cita para dictaminación con expediente clínico completo.</i></p>
CDST	<p style="text-align: center;"><b>Sí está correcto el “ST-3”</b></p> <p><b>452.</b> Autoriza en un plazo máximo de cuatro días después de su recepción de la forma siguiente:</p>



Responsable	Descripción de actividades
CDST  Secretaria o AUO de la CDST	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si es electrónico, imprime del Sistema Electrónico el “ST-3” en seis tantos en caso de ser asegurado de empresa afiliada y siete tantos en caso de ser de empresa con convenio o de grupo organizado, coloca firma autógrafa en cada uno de los tantos y anexa dos copias del último “Tarjetón de pago” que le llego por correo electrónico, en caso de Trabajador IMSS.</li><li>• Si es manual, coloca la firma autógrafa en cada uno de los tantos y anexa dos copias del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS.</li></ul> <p><b>453.</b> Registra el “ST-3” en la Base de datos de los dictámenes autorizados, entrega a la Secretaria o AUO de la CDST los tantos autorizados junto con dos copias del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS y le indica que lleve a cabo la distribución de los mismos.</p> <p><b>454.</b> Recibe los tantos autorizados del “ST-3” junto con dos copias del último “Tarjetón de pago” en caso de trabajador IMSS y realiza las actividades de acuerdo a si es trabajador de empresa afiliada o trabajador IMSS.</p> <p style="text-align: center;"><b>Trabajador de empresa afiliada</b></p> <p><b>455.</b> Elabora “Oficio dictamen autorizado” o “Memorándum dictamen autorizado” con el que envía diariamente los “ST-3” autorizados y los distribuye de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un tanto para el Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas del OOAD.</li><li>• Un tanto para el Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia.</li><li>• Tres tantos para el Servicio de Salud en el Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar, uno para su archivo en el “Expediente clínico” y dos para entregar al asegurado.</li><li>• Un tanto para el minutario de la CDST.</li></ul> <p>NOTA: Las actividades de envío están consideradas dentro del plazo de cuatro días que tiene el CDST para aprobar o rechazar.</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Secretaria o AUO de la CDST	<p><b>456.</b> Recaba y archiva de forma permanente y cronológica el acuse de recibido por cada área.</p> <p>Da por concluido el proceso para el(los) caso(s).</p> <p style="text-align: center;"><b>Trabajador IMSS</b></p> <p><b>457.</b> Realiza las acciones de acuerdo a si labora en OOAD o en Nivel Central.</p> <p style="text-align: center;"><b>OOAD</b></p> <p><b>458.</b> Elabora “Oficio dictamen autorizado” o “Memorándum dictamen autorizado” con el que envía diariamente los “ST-3” autorizados y los distribuye de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un tanto a la Subcomisión Mixta de Jubilaciones y Pensiones del OOAD, junto con una copia del último “Tarjetón de pago”.</li><li>• Un tanto al Departamento de Personal del OOAD que corresponda a su centro laboral, junto con una copia del último “Tarjetón de pago”.</li><li>• Un tanto al Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.</li><li>• Un tanto al Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia.</li><li>• Dos tantos para el Servicio de Salud en el Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar, uno para su archivo en el “Expediente clínico” y uno para entregar al trabajador.</li><li>• Un tanto para el minutario de la CDST.</li></ul> <p>NOTA: Las actividades de envío están consideradas dentro del plazo de cuatro días que tiene el CDST para aprobar o rechazar.</p> <p><b>459.</b> Recaba y archiva de forma permanente y cronológica el acuse de recibido por cada área.</p> <p style="text-align: center;"><b>Nivel Central</b></p> <p><b>460.</b> Elabora “Oficio dictamen autorizado” o “Memorándum dictamen autorizado” con el que envía diariamente los “ST-3” autorizados y los distribuye de la siguiente forma:</p>



Responsable	Descripción de actividades
Secretaria o AUO de la CDST  AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un tanto a la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones, junto con una copia del último “Tarjetón de pago”.</li><li>• Un tanto a la Coordinación Técnica de Prestaciones, Retiro Laboral y Servicios al Personal, junto con una copia del último “Tarjetón de pago”.</li><li>• Un tanto al Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.</li><li>• Un tanto al Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia.</li><li>• Dos tantos para el Servicio de Salud en el Trabajo, uno para su archivo en el “Expediente clínico” y uno para entregar al trabajador.</li><li>• Un tanto para el minutario de la CDST.</li></ul> <p>NOTA: Las actividades de envío están consideradas dentro del plazo de cuatro días que tiene el CDST para aprobar o rechazar.</p> <p><b>461.</b> Recaba y archiva de forma permanente y cronológica el acuse de recibido por cada área.</p> <p><b>462.</b> Recibe el “ST-3” autorizado en dos o tres tantos según corresponda del CDST mediante “Oficio dictamen autorizado”, sella de recibido y el acuse lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>463.</b> Solicita el “Expediente clínico” a ARIMAC y coloca dentro de este los “ST-3” recibidos.</p> <p><b>464.</b> Contacta vía telefónica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, le otorga cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica. en máximo tres días hábiles de la recepción del “ST-3” y le especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial”, “Cartilla nacional de salud” y “Resolución de pensión” el día de la cita.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p> <p><b>465.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica identidad con “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio junto con el “Expediente clínico” junto con la</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>“Resolución de pensión” que integra en el Expediente.</p> <p>NOTA 1: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p> <p><b>466.</b> Recibe al asegurado el día de la cita, verifica identidad con “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y extrae los tres tantos del “ST-3” del “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo.</p> <p><b>467.</b> Solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado firma autógrafa en los tres tantos de “ST-3” en caso de empresa afiliada o en dos tantos del “ST-3” en caso de trabajador IMSS, entrega un tanto en caso de trabajador IMSS o dos tantos, uno para él y otro para que lo entregue al patrón en caso de empresa afiliada e integra un tanto del “ST-3” al “Expediente clínico”.</p> <p><b>468.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado y elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico en la que refiera las acciones realizadas y la información proporcionada en los siguientes escenarios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En todos los casos informa que, de no estar de acuerdo con la dictaminación, puede inconformarse dentro de los quince días hábiles siguientes, en cumplimiento al artículo 294 de la “LSS” y al artículo 6 del Reglamento del Recurso de Inconformidad.</li><li>• “ST-3” con carácter provisional. En caso de que el asegurado evolucione con modificaciones en los signos y síntomas de la(s) secuela(s) valuada(s) deberá acudir al Servicio de Salud en el Trabajo para valorar una probable recaída, de conformidad con lo descrito en la Etapa III, Submodalidad 3 Calificación de probable recaída por</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
MSST AUO de ST	<p>enfermedad de trabajo y/o en su caso, la modificación de la valuación en el “ST-3”.</p> <p>El asegurado deberá presentarse tres meses antes de la fecha de vencimiento de la pensión para revaloración médica, en el año y mes indicado en la “Cartilla nacional de salud” que previamente le marcó el AUO de ST.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “ST-3” con carácter definitivo al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 (LSS73). En caso de que el asegurado evolucione con exacerbación en los signos y síntomas de la(s) secuela(s) valuada(s), podrá acudir a solicitar una revaloración al Servicio de Salud en el Trabajo quienes determinarán su procedencia de acuerdo con lo referido en los “Criterios para definir el carácter de la incapacidad permanente”, clave 3A21-018-003 (Anexo 14).</li><li>• “ST-3” con carácter provisional o definitivo Si el asegurado fallece por la enfermedad de trabajo y sus secuelas, deberá acudir el beneficiario o representante del asegurado al Servicio de Salud en el Trabajo para valorar la procedencia de lo descrito en la Modalidad B, Submodalidad 2 Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo.</li></ul> <p><b>469.</b> Entrega al AUO de ST el “Expediente clínico”.</p> <p><b>470.</b> Recibe el “Expediente clínico” y lo devuelve a ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Submodalidad 5</b> <b>Revaloración de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo</b></p> <p><b>471.</b> Recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado que acude para revaloración de incapacidad permanente por encontrarse dentro del periodo de adaptación de dos años o al término de este y le solicita copia de la</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>“Resolución de pensión” expedida por Prestaciones Económicas y solo en caso de que haya sido valorado recientemente por algún especialista, le solicita los “Paraclínicos”.</p> <p>NOTA 1: En caso de que el asegurado se encuentre hospitalizado, la revaloración se efectúa con las “Notas médicas” expedidas por el IMSS.</p> <p>NOTA 2: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p> <p><b>472.</b> Otorga cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y en la “Cartilla nacional de salud”, dentro de los tres días hábiles siguientes a la solicitud y le informa al asegurado, beneficiario o representante del asegurado la fecha y hora de la cita y le especifica que el día de la cita debe presentar su “Identificación oficial” y la “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p> <p><b>473.</b> Solicita el “Expediente clínico” a ARIMAC e integra la copia de la “Resolución de pensión” y los “Paraclínicos” en caso de que haya sido valorado recientemente por algún especialista.</p> <p>NOTA: El “Expediente clínico” debe contener los antecedentes y dictámenes de la calificación y valuación inicial.</p> <p><b>474.</b> Recibe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado el día de la cita, verifica identidad con la “Identificación oficial” y la “Cartilla nacional de salud” y lo ingresa al consultorio para valoración junto con el “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>475.</b> Recibe el “Expediente clínico” y al asegurado, beneficiario o representante del asegurado el día de la cita, verifica identidad con la “Identificación oficial” y la “Cartilla nacional de salud”.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p><b>476.</b> Valora médicamente al asegurado y revisa que el “Expediente clínico” este completo y contenga los “Paraclínicos” en caso de que los requiera para proceder a la revaluación.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Expediente incompleto</li></ul> <p>Continúa en la actividad 477.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Expediente completo</li></ul> <p>Continúa en la actividad 481.</p> <p style="text-align: center;"><b>Expediente incompleto</b></p> <p><b>477.</b> Informa al asegurado, beneficiario o representante del asegurado que requiere de “Paraclínico(s)” complementario(s), elabora y entrega el(los) formato(s) siguientes(s):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” o “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98”.</li><li>• “Solicitud de exámenes de laboratorio” y/o “Solicitud de estudios radiográficos”.</li></ul> <p><b>478.</b> Orienta al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para que efectúe los trámites necesarios y acuda nuevamente al Servicio de Salud en el Trabajo con el resultado del(los) “Paraclínicos”.</p> <p><b>479.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico en la que indica las actividades realizadas y los “Paraclínicos” solicitados. Entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p><b>480.</b> Recibe el “Expediente clínico” y envía al ARIMAC para su archivo.</p> <p>Continúa en la actividad 471.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Expediente completo</b></p> <p><b>481.</b> Realiza la valoración médica integral y determina con el examen clínico del asegurado y “Paraclínicos” los siguientes escenarios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Remisión de las secuelas valuables</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 482.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sí existen secuelas valuables</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 487.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Duda para establecer que existen secuelas valuables</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 490.</p> <p style="text-align: center;"><b>Remisión de las secuelas valuables</b></p> <p><b>482.</b> Explica al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, el análisis realizado y su conclusión de que ha(n) remitido la(s) secuela(s) y le informa que en caso de no estar de acuerdo podrá interponer recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo Delegacional.</p> <p><b>483.</b> Elabora el mismo día en que valoró al paciente “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico donde indica las actividades realizadas.</p> <p><b>484.</b> Entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST y le indica que elabore y envíe “Oficio de cancelación” para solicitar al Departamento de Pensiones Subdelegacional la cancelación de la pensión del asegurado, marca copia para el CDST para conocimiento.</p>
AUO de ST	<p><b>485.</b> Elabora y envía el “Oficio de cancelación” para solicitar al Departamento de Pensiones Subdelegacional la cancelación de la pensión del asegurado con copia al CDST y archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
AUO de ST	<p><b>486.</b> Recibe el "Expediente clínico" y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Si existen secuelas valiables</b></p>
MSST	<p><b>487.</b> Establece una o varias secuelas y la magnitud de cada una, con base en el examen clínico y "Paraclínicos".</p> <p><b>488.</b> Elabora "ST-3" en el Sistema Electrónico o manual, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de la primera cita para dictaminación con "Expediente clínico" completo, en caso de haberse modificado el grado de la incapacidad permanente o persistir igual. Señala en el rubro de carácter del dictamen, invariablemente la opción Definitivo cuando se revalore al asegurado al término de los dos años. En caso de revaloración antes del término de los dos años, el carácter se define de acuerdo con los "Criterios para definir el carácter de la incapacidad permanente", clave 3A21-018-003 (Anexo 14).</p> <p>NOTA: En los casos de Enfermedades de Trabajo que inicialmente se valoraron en diversos dictámenes "ST-3", pero que comparten la misma etiología, como en los escenarios descritos anteriormente y que se identifiquen durante el proceso de reevaluación, el "ST-3" de carácter definitivo, debe ser registrado en un solo formato. Para realizar el Dictamen definitivo, en los casos elaborados en el Sistema Electrónico, se utiliza el "ST-1" que generó la Incapacidad Permanente con el porcentaje de valuación más elevado, agrega las fracciones registradas en los otros dictámenes iniciales, para lo cual utiliza la siguiente leyenda: "El presente Dictamen modifica y engloba a los elaborados con folios _____ en fecha(s) _____ respectivamente".</p> <p><b>489.</b> Anota en el apartado de <i>Observaciones</i> del "ST-3", la siguiente leyenda:</p> <p>"El presente dictamen modifica al elaborado en fecha _____ con folio _____".</p>





Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>NOTA: En el caso que se elabore "ST-3" en cumplimiento a una "Resolución del Consejo Consultivo Delegacional", debe colocar la siguiente leyenda: "El presente dictamen modifica el elaborado en fecha _____, folio _____ en cumplimiento a Resolución N° _____ del Consejo Consultivo Delegacional de fecha _____".</p> <p>Continúa en la actividad 347.</p> <p><b>Duda para establecer que existen secuelas valuales</b></p> <p><b>490.</b> Elabora "Nota de Salud en el Trabajo" en el Sistema electrónico el mismo día en que valoró el caso, especifica que solicitará asesoría a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente el OOAD.</p> <p><b>491.</b> Solicita mediante correo electrónico opinión médico-técnico-legal a la autoridad inmediata de Salud en el Trabajo de acuerdo con la estructura del personal de confianza con la que cuente la OOAD, remite el "ST-9", el "ST-3" inicial o previo, "Paraclínicos" en su caso y "Nota de Salud en el Trabajo" donde especifica la duda y la propuesta de manejo médico-técnico-legal del caso.</p> <p>Continúa en la actividad 398.</p> <p><b>Submodalidad 6</b> <b>Modificación de dictaminación de incapacidad permanente o de defunción por enfermedad de trabajo en cumplimiento a Resolución del Consejo Consultivo Delegacional</b></p>
AUO de ST	<p><b>492.</b> Recibe de la Dirección de la Unidad Médica la "Resolución del Consejo Consultivo Delegacional" que resuelve modificación del "ST-3".</p> <p><b>493.</b> Localiza al asegurado, beneficiario o representante del asegurado vía telefónica, verifica la "Agenda de citas" manual y/o electrónica y agenda cita en los siguientes tres días hábiles a la recepción de la "Resolución del Consejo Consultivo Delegacional".</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>NOTA: Agenda cita preferentemente con un MSST diferente al que realizó el dictamen que generó inconformidad.</p> <p><b>494.</b> Indica al asegurado que debe presentarse en el Servicio de Salud en el Trabajo con el original del “ST-3” y con su “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará una “Identificación oficial” original y copia fotostática para cotejo.</p> <p><b>495.</b> Solicita “Expediente clínico” al ARIMAC, el día previo a la cita con el MSST e integra la “Resolución del Consejo Consultivo Delegacional”.</p> <p><b>496.</b> Recibe al asegurado, verifica identidad con la “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” e integra al “Expediente clínico” el original del asegurado del “ST-3”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p> <p><b>497.</b> Ingresa al consultorio al asegurado, beneficiario o representante del asegurado para valoración junto con el “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>498.</b> Recibe el “Expediente clínico” y al asegurado, beneficiario o representante del asegurado, verifica identidad con la “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” y le explica la “Resolución del Consejo Consultivo Delegacional”.</p> <p><b>499.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico el mismo día de la cita en la que especifica la “Resolución del Consejo Consultivo” y realiza las actividades de acuerdo con el tipo de submodalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 1. Dictaminación inicial de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo</li></ul> <p>Continúa en la actividad 346.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"><li>• Submodalidad 2. Dictaminación de defunción por enfermedad de trabajo  Continúa en la actividad 383.</li><li>• Submodalidad 5. Revaloración de incapacidad permanente por enfermedad de trabajo  Continúa en la actividad 488.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad C</b> <b>Seguimiento de casos pendientes de alta e identificación de casos con probables secuelas</b></p> <p><b>500.</b> Realiza las actividades de acuerdo a si cuenta con el "ST-2".</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No cuenta con "ST-2"  Continúa en la actividad 501.</li><li>• Sí cuenta con "ST-2"  Continúa en la actividad 509.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>No cuenta con "ST-2"</b></p>
MSST	<p><b>501.</b> Revisa quincenalmente la "Base de datos", identifica los casos que no cuentan con "ST-2" e informa al MSST mediante el "Listado de casos sin ST-2".</p> <p><b>502.</b> Analiza el "Listado de casos sin ST-2", en los casos que por diagnóstico superen los días probables de recuperación, de acuerdo con las "Guías de Duración de la Incapacidad por Patología, en apoyo a la Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo", consulta el NSSA e identifica si el trabajador continúa con incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p>NOTA: Las "Guías de Duración de la Incapacidad por Patología, en apoyo a la Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo" las emite la Coordinación de Salud en el Trabajo.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Sí continúa</b></p> <p><b>503.</b> Revisa “Notas médicas” en el Sistema Electrónico e identifica si el diagnóstico de la incapacidad está relacionado con la enfermedad de trabajo calificada.</p> <p style="text-align: center;"><b>No está relacionado</b></p> <p><b>504.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico y sugiere al Médico tratante otorgar el “ST-2” y continuar la atención médica del asegurado por enfermedad general.</p> <p>Continúa en la actividad 500.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí está relacionado</b></p> <p><b>505.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema electrónico y sugiere al Médico tratante valorar el alta del asegurado que rebasa los días probables de recuperación. Ingresar el caso al Comité para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo, de acuerdo con el “Manual de Integración y Funcionamiento de los Comités para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo en los Ámbitos Normativo, Delegacional, de Unidades Médicas de Alta Especialidad y Operativos”, clave 2000-021-004 vigente.</p> <p>Continúa en la actividad 500.</p> <p style="text-align: center;"><b>No continúa</b></p> <p><b>506.</b> Identifica si han transcurrido menos o más de 30 días naturales después del último día subsidiado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Menos de 30 días</b></p> <p><b>507.</b> Deja pendiente el cierre del caso hasta que cuente con 30 días sin incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 500.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Más de 30 días</b></p> <p><b>508.</b> Elabora “ST-2” en el Sistema Electrónico o de forma manual y “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico.</p> <p>Continúa en la actividad 513.</p>
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>Sí cuenta con “ST-2”</b></p> <p><b>509.</b> Recibe el “ST-2” del asegurado o beneficiario o representante del asegurado o asistente médica o de la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar y lo registra en la “Base de datos”.</p> <p><b>510.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC y coloca el “ST-2” dentro de este y lo pasa con el MSST.</p>
MSST	<p><b>511.</b> Recibe el “Expediente clínico” y verifica que la fecha de inicio de labores en el “ST-2” es correcta.</p> <p style="text-align: center;"><b>“ST-2” correcto</b></p> <p><b>512.</b> Verifica en el Sistema Electrónico que el “ST-2” se encuentre asociado al “ST-1” correspondiente y en caso de haberse elaborado el “ST-2” en formato manual, lo captura.</p> <p>NOTA: En los casos manuales complementa la información de la tarjeta de “ST-5” y revisa el correcto codificado de la misma.</p> <p><b>513.</b> Revisa y analiza las “Notas médicas” en el Sistema Electrónico asociadas a la enfermedad de trabajo calificada y determina si sospecha de posibles secuelas valiables.</p> <p style="text-align: center;"><b>No sospecha</b></p> <p><b>514.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico indicando las actividades realizadas y devuelve el “Expediente clínico” del asegurado al AUO de ST.</p> <p>Continúa en la actividad 536.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
MSST	<p><b>Sí sospecha</b></p> <p><b>515.</b> Elabora "Nota de Salud en el Trabajo" en el Sistema Electrónico indicando las actividades realizadas y solicita al AUO de ST contactar al asegurado, beneficiario o representante del asegurado vía telefónica, para otorgarle cita en el Servicio de Salud en el Trabajo y valorar si existen secuelas valuables.</p>
AUO de ST	<p><b>516.</b> Contacta vía telefónica y/o por correo electrónico al asegurado, beneficiario o representante del asegurado.</p> <p>NOTA: Deberá realizar por lo menos 3 intentos en el lapso de una semana.</p> <p><b>Sí contacta</b></p> <p>Continúa en la actividad 326.</p> <p><b>No contacta</b></p> <p><b>517.</b> Informa al MSST que no se logró contactar al asegurado, beneficiario o representante del asegurado posterior a tres intentos en un lapso de una semana.</p>
MSST	<p><b>518.</b> Elabora "Nota de Salud en el Trabajo" en el Sistema Electrónico, indica las actividades realizadas y explica que se intentó localizar al asegurado, beneficiario o representante del asegurado vía telefónica y/o por correo electrónico sin éxito.</p> <p><b>519.</b> Indica al AUO de ST solicitar "Estudio social médico con enfoque laboral" a Trabajo Social de la Unidad y le entrega el "Expediente clínico" del asegurado".</p>
AUO de ST	<p><b>520.</b> Recibe el "Expediente clínico", elabora dos tantos del "Memorándum de solicitud" a Trabajo Social de la Unidad mediante el cual solicita "Estudio social médico con enfoque laboral" e informe al asegurado, beneficiario o representante del asegurado la fecha y hora de la cita en que debe presentarse al Servicio de Salud en el trabajo.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p><b>521.</b> Envía el “Memorándum de solicitud” a Trabajo Social de la Unidad, archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica y devuelve el “Expediente clínico” a ARIMAC.</p> <p><b>522.</b> Recibe dos tantos del “Memorándum de entrega” con el “Estudio social médico con enfoque laboral” de Trabajo Social de la Unidad en dónde se indica el día en que el asegurado, beneficiario o representante del asegurado se presentará al Servicio de Salud en el Trabajo o en su caso, que no fue localizado; acusa de recibido en un tanto y el otro lo archiva de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>523.</b> Anota en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica la fecha y hora en que se presentará el asegurado, beneficiario o representante del asegurado al Servicio de Salud en el Trabajo, en su caso y solicita el “Expediente clínico” a ARIMAC</p> <p><b>524.</b> Integra el “Estudio social médico con enfoque laboral” en el “Expediente clínico” y lo entrega al MSST.</p>
MSST	<p><b>525.</b> Recibe el “Expediente clínico”, revisa el “Estudio social médico con enfoque laboral” y realiza las actividades de acuerdo a si se localizó al asegurado, beneficiario o representante del asegurado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí se localizó</b></p> <p><b>526.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico, indica las actividades realizadas y explica que se recibió el “Estudio social médico con enfoque laboral” y la fecha en que el asegurado se presentará al Servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p><b>527.</b> Entrega el “Expediente clínico al AUO de ST.</p> <p>Continúa en la actividad 329.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;"><b>No se localizó</b></p> <p><b>528.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico, indica las actividades realizadas y explica que se recibió el “Estudio social médico con enfoque laboral” donde se refiere el motivo por el cual no se localizó al asegurado.</p> <p><b>529.</b> Entrega el “Expediente clínico” del asegurado al AUO de ST.</p> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 536.</p> <p style="text-align: center;"><b>“ST-2” incorrecto</b></p> <p><b>530.</b> Cancela el “ST-2” elaborado en el Sistema Electrónico, identifica el “ST-1” asociado y captura el “ST-2” con la fecha de inicio de labores correspondiente al día siguiente del último día subsidiado de acuerdo con el NSSA.</p> <p style="padding-left: 40px;">NOTA: En caso de “ST-2” manual y no proceda su captura en el Sistema Electrónico, elabora “ST-2” con la fecha de inicio del último día subsidiado de acuerdo con el NSSA.</p> <p><b>531.</b> Imprime el “ST-2” en tres tantos y los coloca dentro del “Expediente clínico”.</p> <p><b>532.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico con las acciones realizadas y entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Del proceso</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 513.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De la parte administrativa</li></ul> <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 533.</p>
AUO de ST	<p><b>533.</b> Localiza al asegurado vía telefónica y le indica que se presente en el Servicio de Salud en el Trabajo para recoger el “ST-2” corregido con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p>





Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará una "Identificación oficial" original y copia fotostática para cotejo.</p> <p><b>534.</b> Recibe al asegurado verifica identidad con su "Identificación oficial" y "Cartilla nacional de salud".</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda, también se le solicita "Identificación oficial" para cotejo y copia fotostática que se anexa al "Expediente clínico".</p> <p><b>535.</b> Solicita firma de recibido en los tres tantos del "ST-2" y le entrega dos, uno para el asegurado y otro para el patrón y un tanto lo coloca dentro del "Expediente clínico".</p> <p><b>536.</b> Devuelve el "Expediente clínico" al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para este caso.</p>
MSST	<p style="text-align: center;"><b>Modalidad D</b> <b>Manejo administrativo de la "ST-5"</b></p> <p><b>537.</b> Anexa la "ST-5" al "Expediente clínico" del asegurado citado para dictaminación y lo entrega al MSST.</p> <p>NOTA: Esta modalidad aplica únicamente para los dictámenes "ST-8" y "ST-9" o "ST-3" elaborados de forma manual.</p>
AUO de ST	<p><b>538.</b> Recibe "Expediente clínico", codifica la "ST-5" del caso dictaminado de acuerdo con el instructivo de llenado de la "ST-5" y regresa el "Expediente clínico" con la "ST-5" al AUO de ST.</p> <p><b>539.</b> Recibe del MSST el "Expediente clínico" y realiza las actividades de acuerdo con el tipo de dictamen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "ST-8" o "ST-9" manual Continúa en la actividad 540.</li><li>• "ST-3" manual Continúa en la actividad 557.</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>“ST-8” o “ST-9” manual</b></p> <p><b>540.</b> Revisa “Expediente clínico” e identifica si cuenta con “ST-2”.</p> <p style="text-align: center;"><b>No cuenta con “ST-2”</b></p> <p><b>541.</b> Extrae la “ST-5” del “Expediente clínico” y la archiva temporalmente por número de seguridad social, devuelve el “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p>Continúa en la actividad 501.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí cuenta con “ST-2”</b></p> <p><b>542.</b> Extrae la “ST-5” del “Expediente clínico” y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p><b>543.</b> Elabora en dos tantos el “Oficio de envío”, con el listado nominal de los casos con “ST-5”, lo pasa al MSST para su revisión y rúbrica y recaba firma del Director de la Unidad.</p> <p><b>544.</b> Envía semanalmente el “Oficio de envío” en dos tantos al CDST que contiene el listado nominal con el folio del “ST-5”, número de seguridad social y nombre del asegurado junto con las “ST-5” y archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p>
CDST	<p><b>545.</b> Recibe el “Oficio de envío” y coteja con la lista nominal las “ST-5” y archiva el “Oficio de envío” de forma permanente y cronológica y las “ST-5” de forma temporal y por número de seguridad social.</p> <p>NOTA: En caso de duda aclara con el MSST que envía.</p> <p><b>546.</b> Concentra las “ST-5” de los servicios de Salud en el Trabajo de la OOAD y las envía el día viernes por “Oficio de envío” con el listado nominal con el folio del “ST-5”, número de seguridad social y nombre del asegurado, a la Coordinación Delegacional de Informática de acuerdo con el “Calendario RT-1100 Casos de Riesgos de</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
CDST	<p>Trabajo Proceso de Tarjetas ST-5” vigente y archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p>NOTA: El “Calendario RT-1100 Casos de Riesgos de Trabajo Proceso de Tarjetas ST-5” es emitido por el área de Rendición de cuentas de la Coordinación de Salud en el Trabajo junto con la Coordinación de Informática.</p> <p><b>547.</b> Recibe de la Coordinación Delegacional de Informática el “Oficio de devolución” con las “ST-5” capturadas y no capturadas por inconsistencias y el “Listado MTRA9I” de forma semanal y el “Listado MTRA60” de manera quincenal, archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p> <p><b>548.</b> Envía por “Oficio de devolución” a los servicios de Salud en el Trabajo el “Listado MTRA9I”, “Listado MTRA60” y las “ST-5”, capturadas para su resguardo y no capturadas por inconsistencias para su corrección, archiva acuse de recibido de forma permanente y cronológica.</p>
AUO de ST	<p><b>549.</b> Recibe “Oficio de devolución” con el “Listado MTRA9I” y “Listado MTRA60”, identifica las “ST-5” que fueron capturadas y archiva el acuse de recibo de forma permanente y cronológica.</p> <p style="text-align: center;"><b>“ST-5” capturadas</b></p> <p><b>550.</b> Solicita los “Expedientes clínicos” de los asegurados al ARIMAC, integra la “ST-5” y los devuelve.</p> <p style="text-align: center;">Da por concluido el proceso para este caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>“ST-5” no capturadas</b></p> <p><b>551.</b> Solicita los “Expedientes clínicos” donde integra las “ST-5” no capturadas y los entrega al MSST junto con el “Listado MTRA9I” y el “Listado MTRA60”.</p>
MSST	<p><b>552.</b> Recibe los “Expedientes clínicos”, el “Listado MTRA9I” y el “Listado MTRA60”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<b>553.</b> Corrige en un término no mayor a tres días hábiles el “Listado MTRA9I”, el “Listado MTRA60” y las “ST-5” no capturadas que anexa a los “Expedientes clínicos” y deriva al AUO de ST.
AUO de ST	<b>554.</b> Recibe “Listado MTRA9I”, “Listado MTRA60” y extrae las “ST-5” corregidas de los “Expedientes clínicos” y los devuelve al ARIMAC.  <b>555.</b> Elabora y envía en dos tantos al CDST el “Oficio de envío” con la lista nominal de los folios de las “ST-5”, “Listado MTRA9I”, “Listado MTRA60” y las “ST-5” corregidas, archiva el acuse de recibido de forma permanente y cronológica.
CDST	<b>556.</b> Recibe de los servicios de Salud en el Trabajo del OOAD el “Oficio de envío”, el “Listado MTRA9I”, el “Listado MTRA60” y las “ST-5” corregidas, coteja con la lista nominal las “ST-5” y archiva el “Oficio de envío” de forma permanente y cronológica y las “ST-5” de forma temporal y por número de seguridad social.  Continúa en la actividad 546.  <b>“ST-3” manual</b>  <b>557.</b> Extrae la “ST-5” del “Expediente clínico” y lo devuelve al ARIMAC.  Continúa en la actividad 543.  <b>Modalidad E</b> <b>Entrega de “ST-9” calificada en ausencia</b>
AUO de ST	<b>558.</b> Extrae el “ST-9” de la carpeta “PRT aceptados pendientes de entregar al asegurado” y contacta vía telefónica y/o por correo electrónico al asegurado, beneficiario o representante del asegurado.  NOTA: El contacto vía telefónica lo intenta en dos ocasiones en una semana.



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>No logra contactar</b></p> <p><b>559.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC e integra la “ST-9”.</p> <p><b>560.</b> Informa personalmente al MSST que el asegurado, beneficiario o representante del asegurado no pudo ser contactado vía telefónica y/o por correo electrónico en dos ocasiones en una semana y le entrega el “Expediente clínico”.</p>
MSST	<p><b>561.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico donde especifica las acciones realizadas y entrega al AUO de ST el “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 574.</p>
AUO de ST	<p style="text-align: center;"><b>Sí logra contactar</b></p> <p><b>562.</b> Otorga cita a más tardar en tres días hábiles en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y le especifica que deberá acudir con una “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud” para verificar identidad.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que vaya a acudir a la consulta, también se le solicitará “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática.</p> <p><b>563.</b> Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC el día previo a la cita con el MSST e integra la “ST-9”.</p> <p><b>564.</b> Verifica si el asegurado acude a su cita.</p>
MSST	<p style="text-align: center;"><b>No acude a su cita</b></p> <p><b>565.</b> Informa personalmente al MSST que el asegurado no acudió a su cita y le entrega el “Expediente clínico”.</p> <p><b>566.</b> Elabora el mismo día de la cita, “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico donde especifica las acciones realizadas y devuelve al AUO de ST el “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 574.</p>



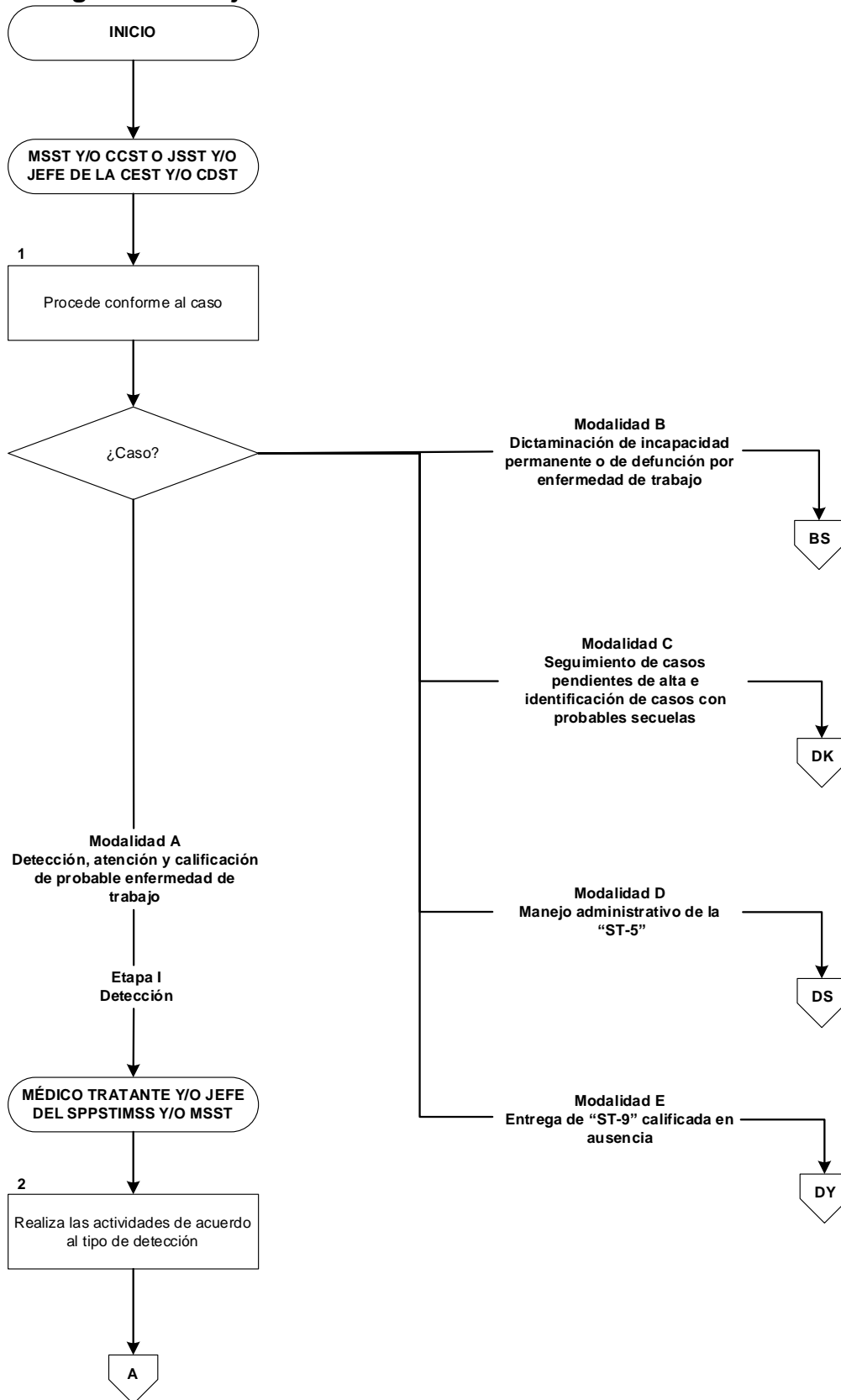
Responsable	Descripción de actividades
<p>AUO de ST</p> <p>MSST</p>	<p style="text-align: center;"><b>Sí acude a su cita</b></p> <p><b>567.</b> Recibe al asegurado y verifica identidad con la “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo y copia fotostática que se anexa al “Expediente clínico”.</p> <p><b>568.</b> Ingresa al consultorio al asegurado, beneficiario o representante del asegurado junto con el “Expediente clínico”.</p> <p><b>569.</b> Recibe el “Expediente clínico” y al asegurado, verifica identidad con la “Identificación oficial” y “Cartilla nacional de salud”.</p> <p>NOTA: En caso de que el beneficiario o representante del asegurado sea el que acuda a la consulta, también se le solicita “Identificación oficial” para cotejo.</p> <p><b>570.</b> Extrae del “Expediente clínico” los tres tantos del “ST-9” y comunica el resultado de la calificación al asegurado, beneficiario o representante del asegurado.</p> <p><b>571.</b> Solicita al asegurado, beneficiario o representante del asegurado plasme su firma autógrafa en el recuadro correspondiente en los tres tantos del “ST-9” calificado e informa el derecho a interponer recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo Delegacional, de no estar de acuerdo con la calificación emitida.</p> <p><b>572.</b> Entrega al asegurado, beneficiario o representante del asegurado dos “ST-9”, uno para él y otro para el patrón e integra un tanto al “Expediente clínico” y en su caso, lo orienta para que acuda al Servicio de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>573.</b> Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el Sistema Electrónico el mismo día de la cita donde especifica las acciones realizadas y entrega al AUO de ST el “Expediente clínico”.</p>



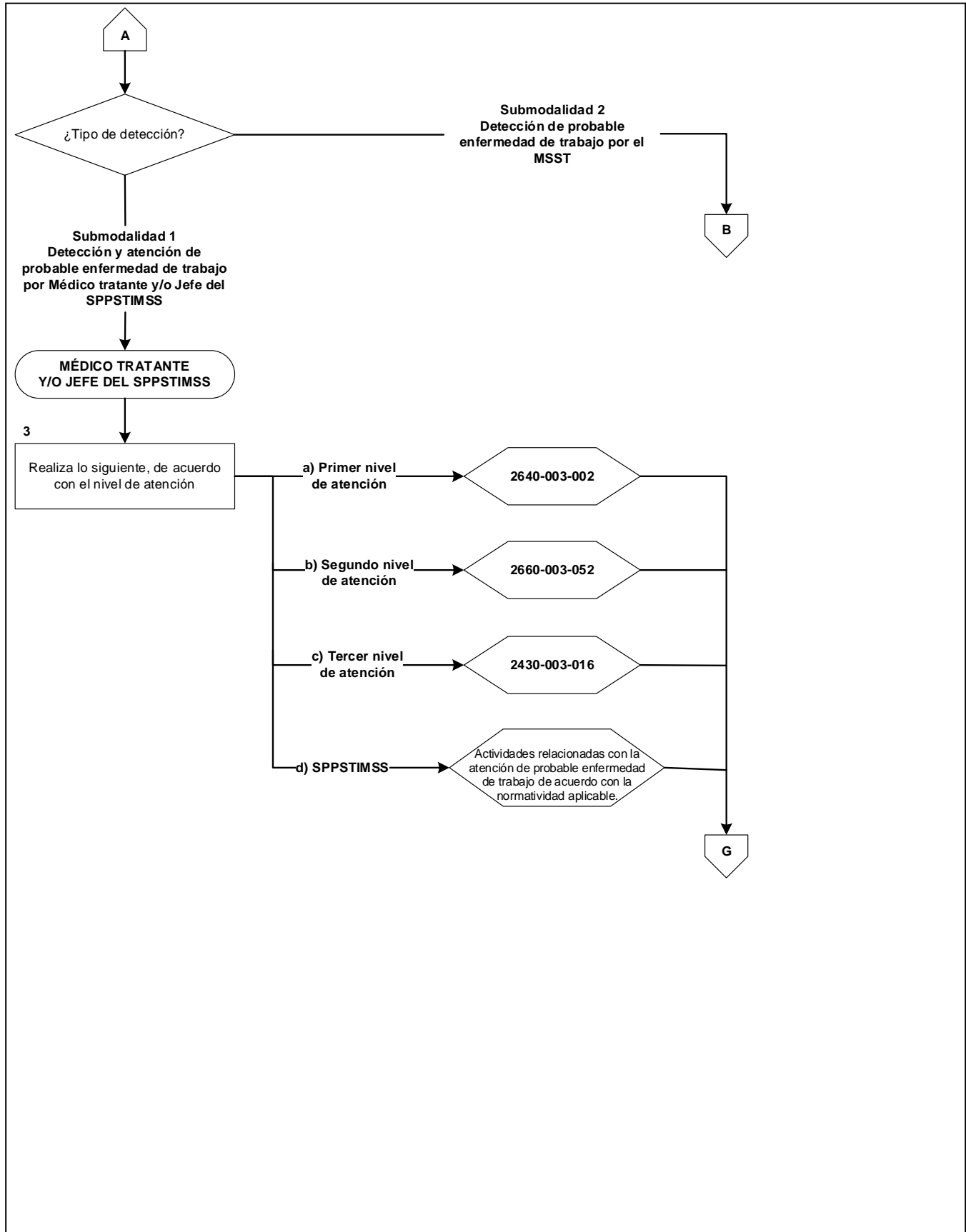
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
AUO de ST	<p><b>574.</b> Recibe el “Expediente clínico” y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p><b>Fin del procedimiento</b></p>

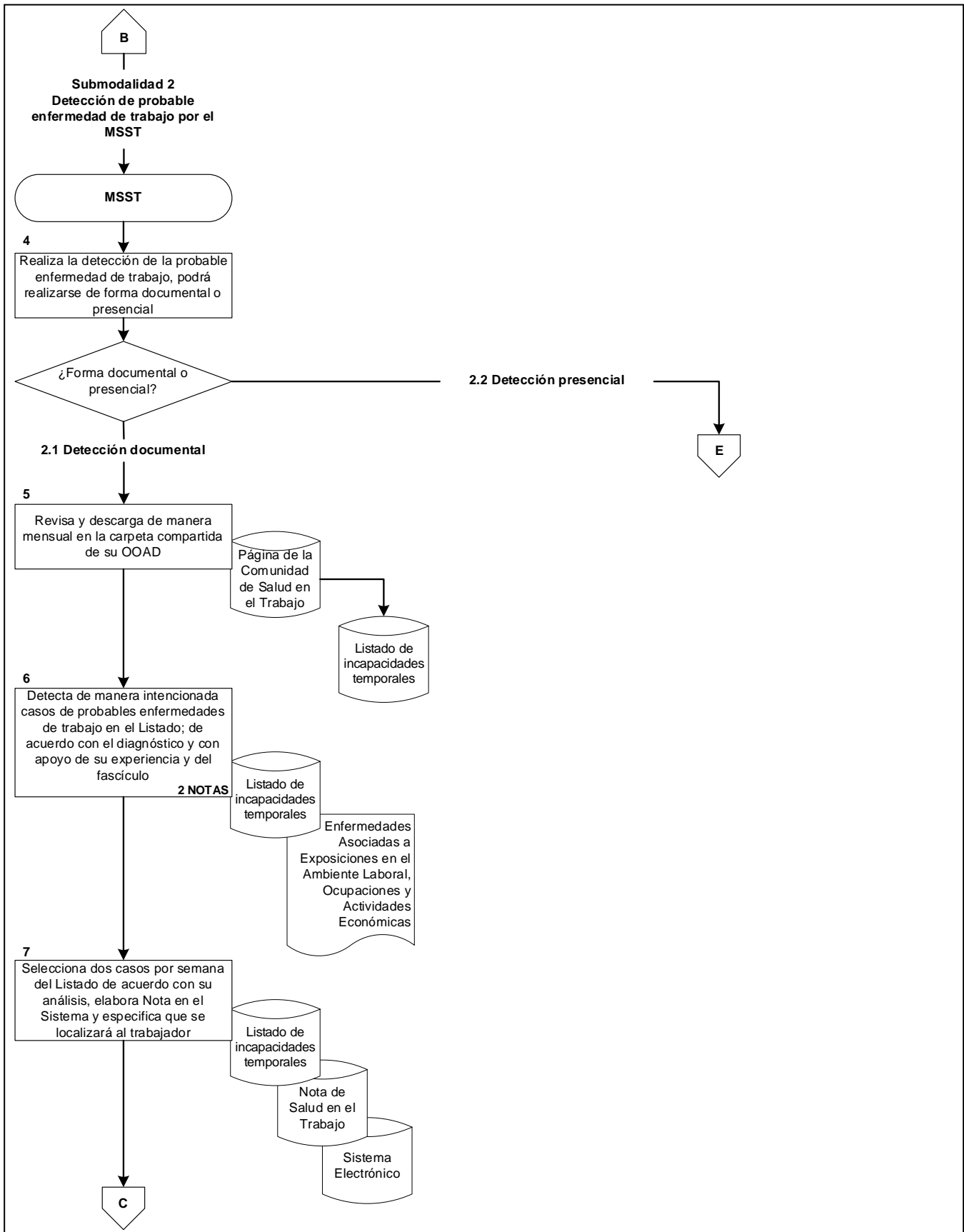


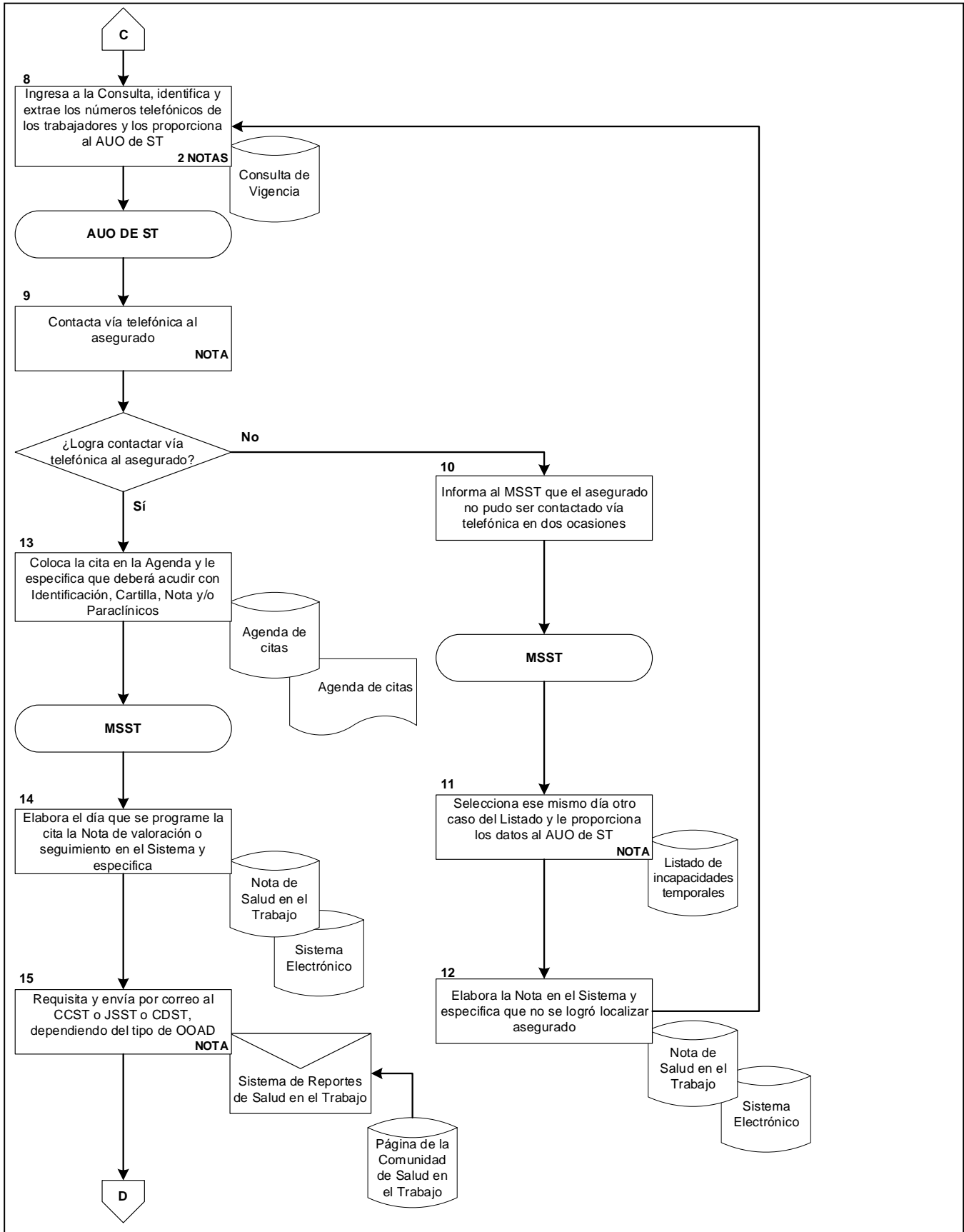
## 7 Diagrama de flujo

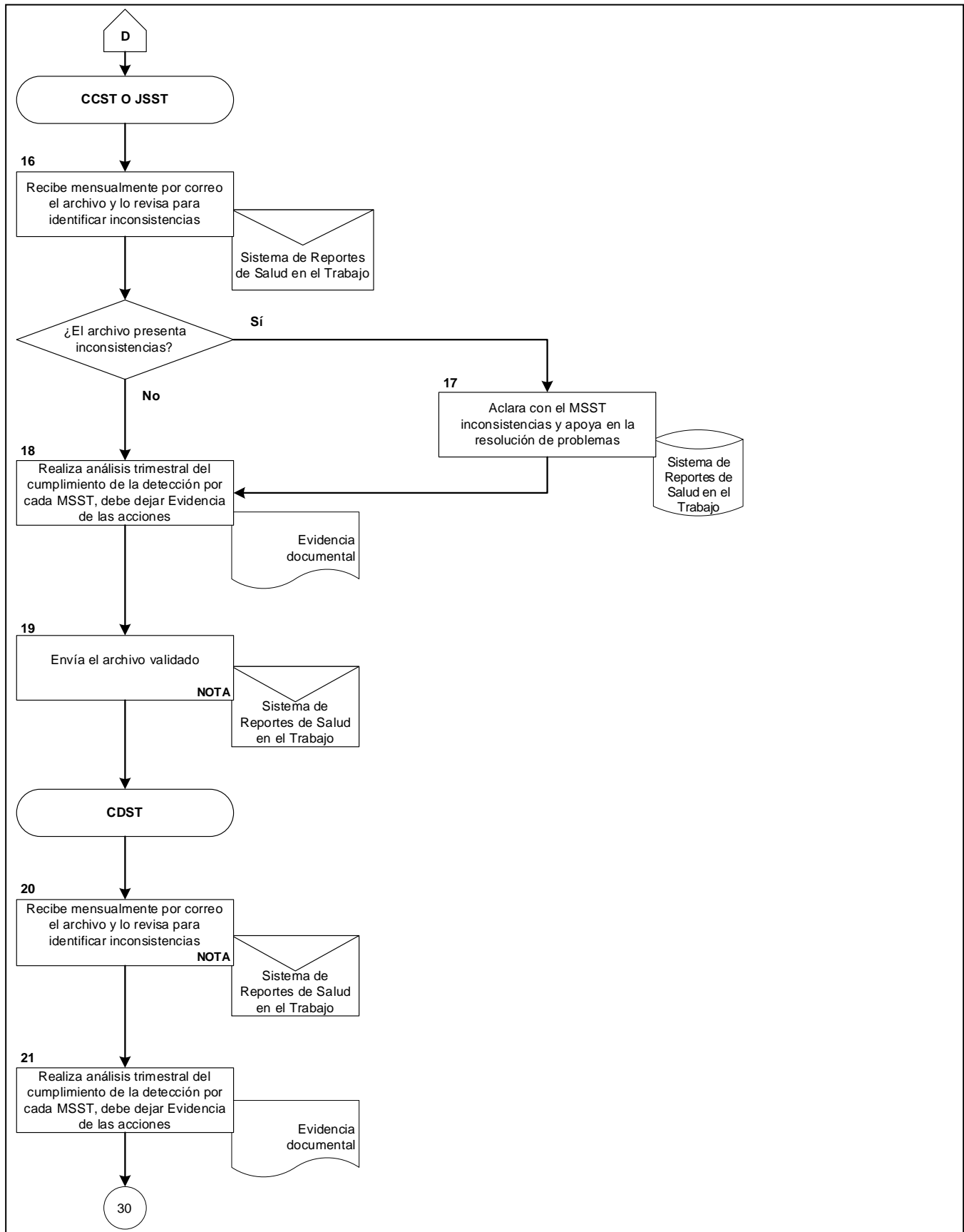


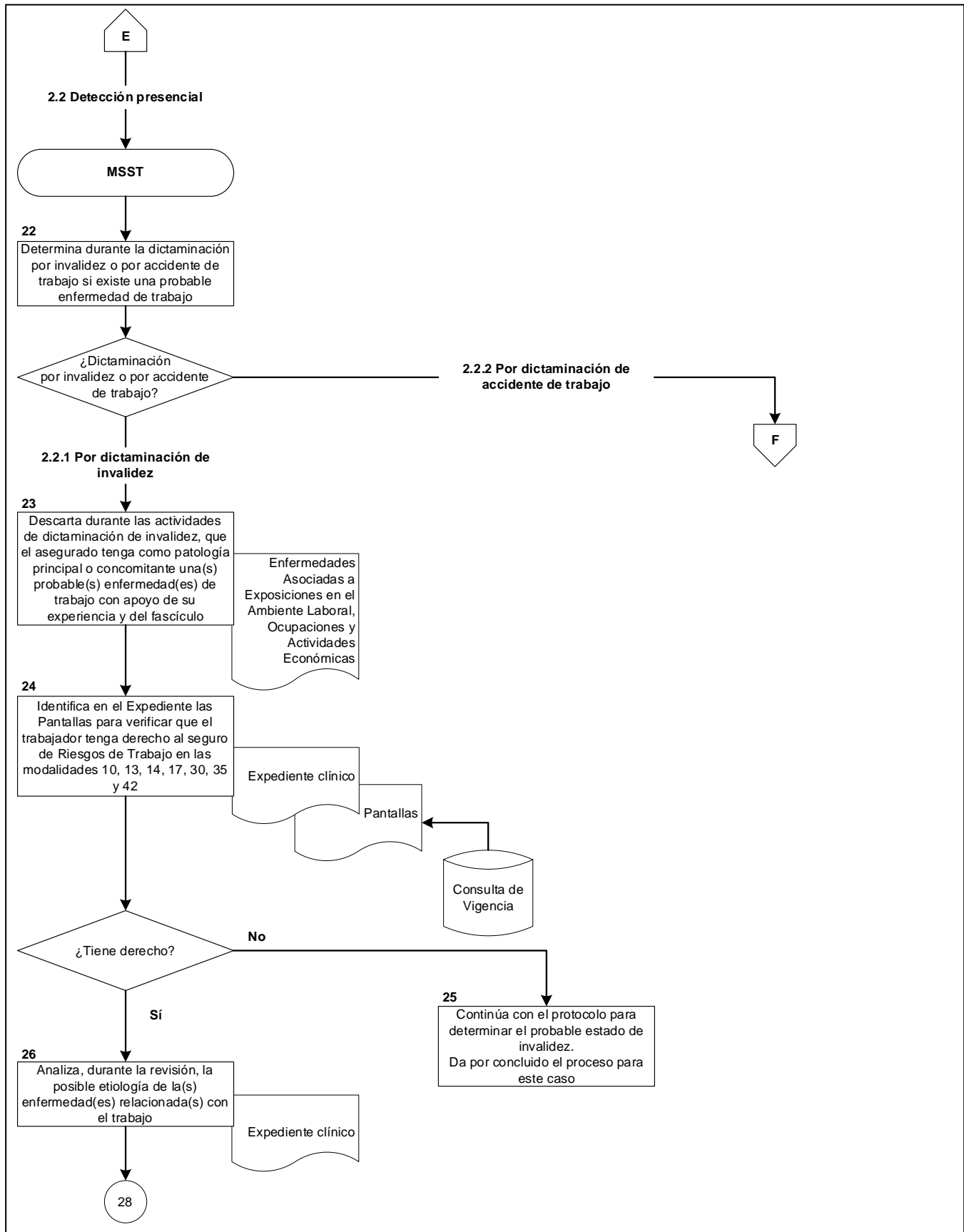


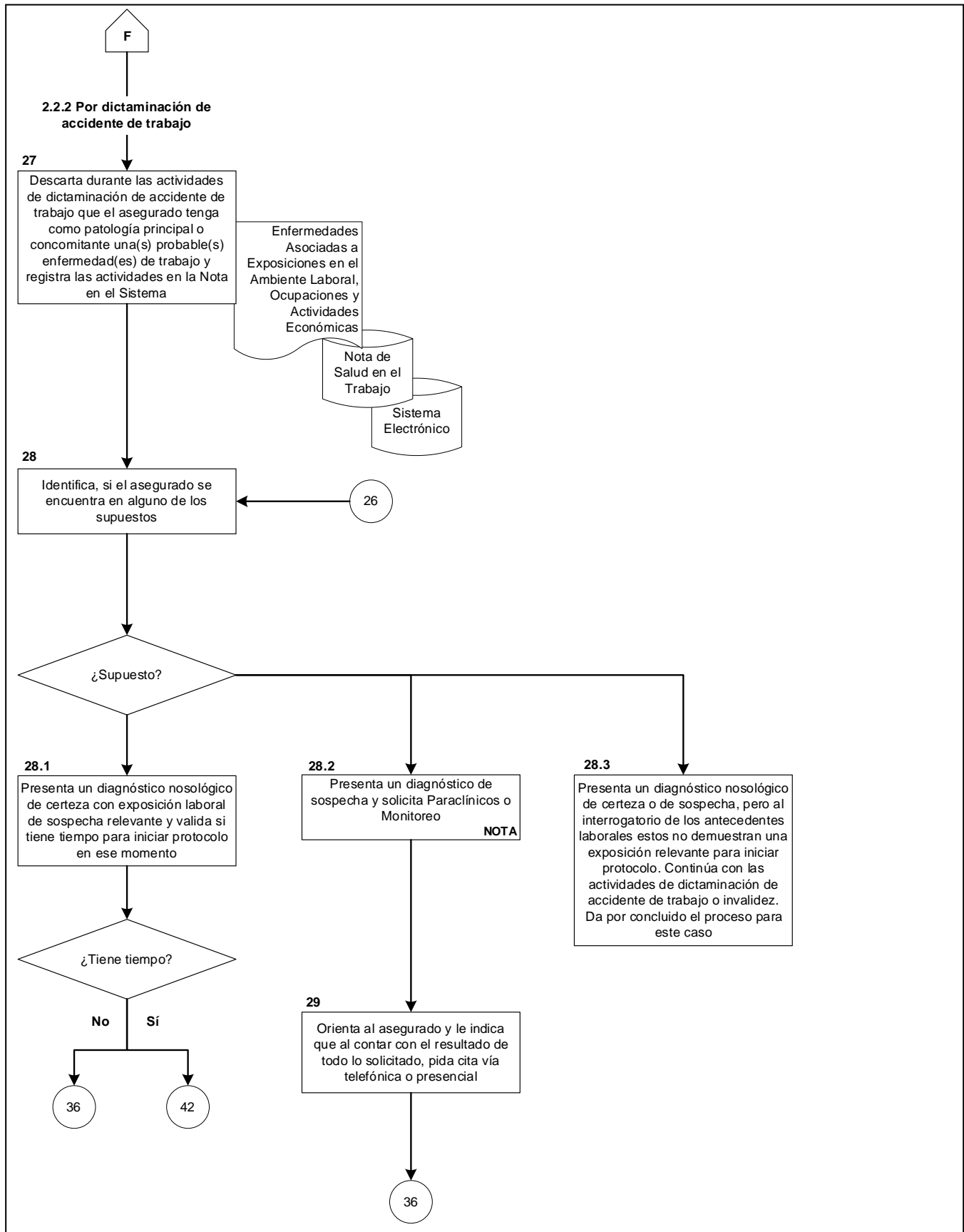


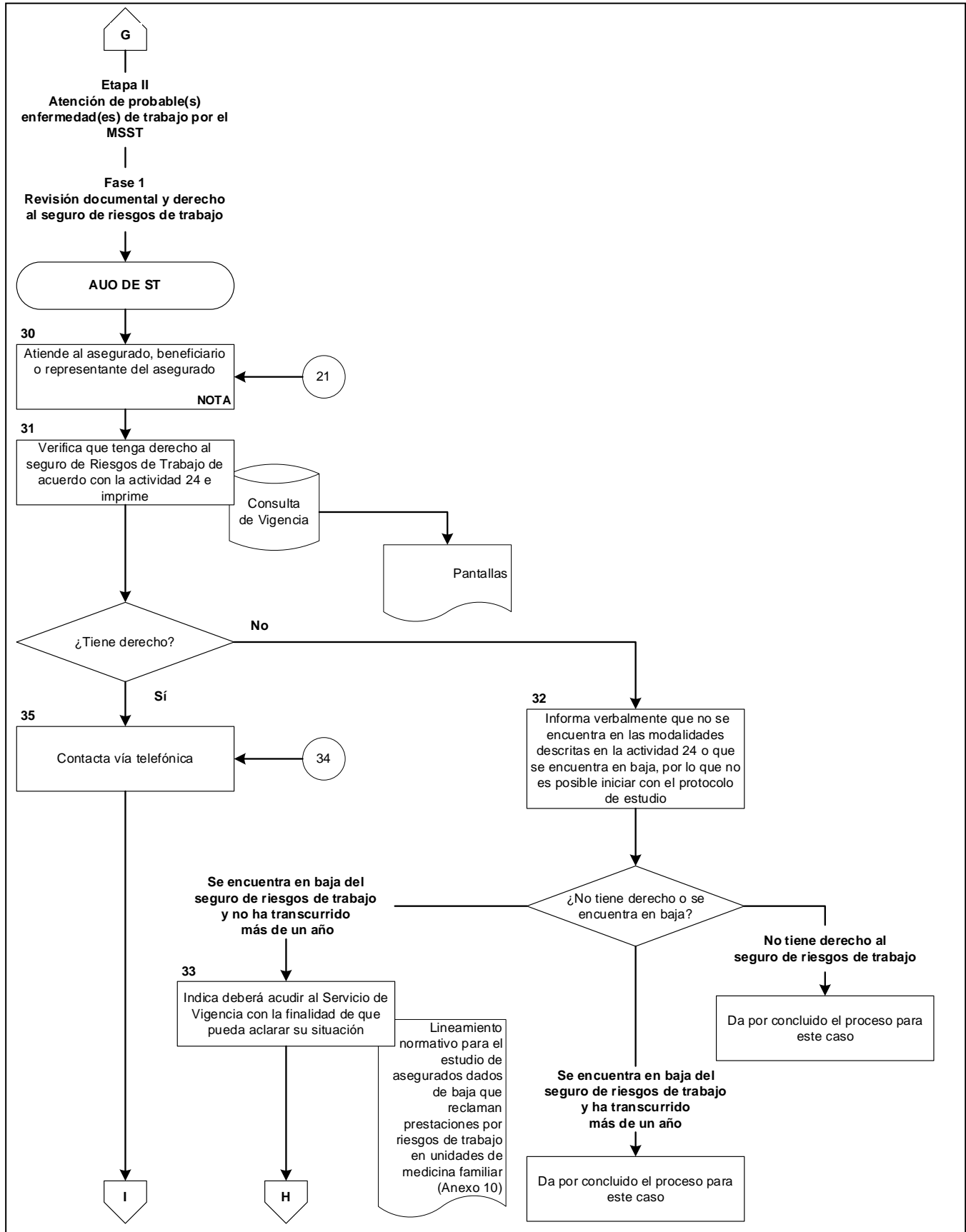


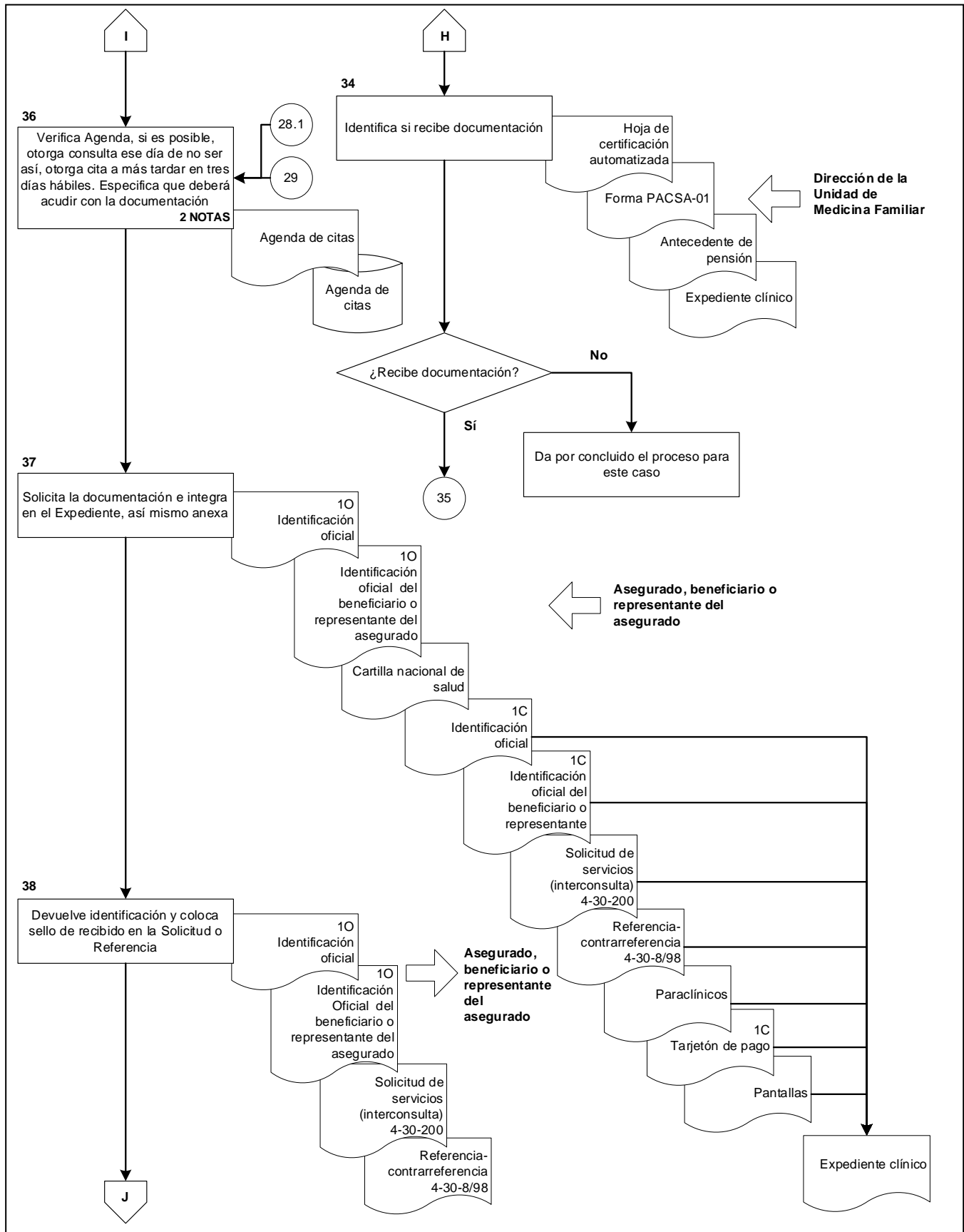




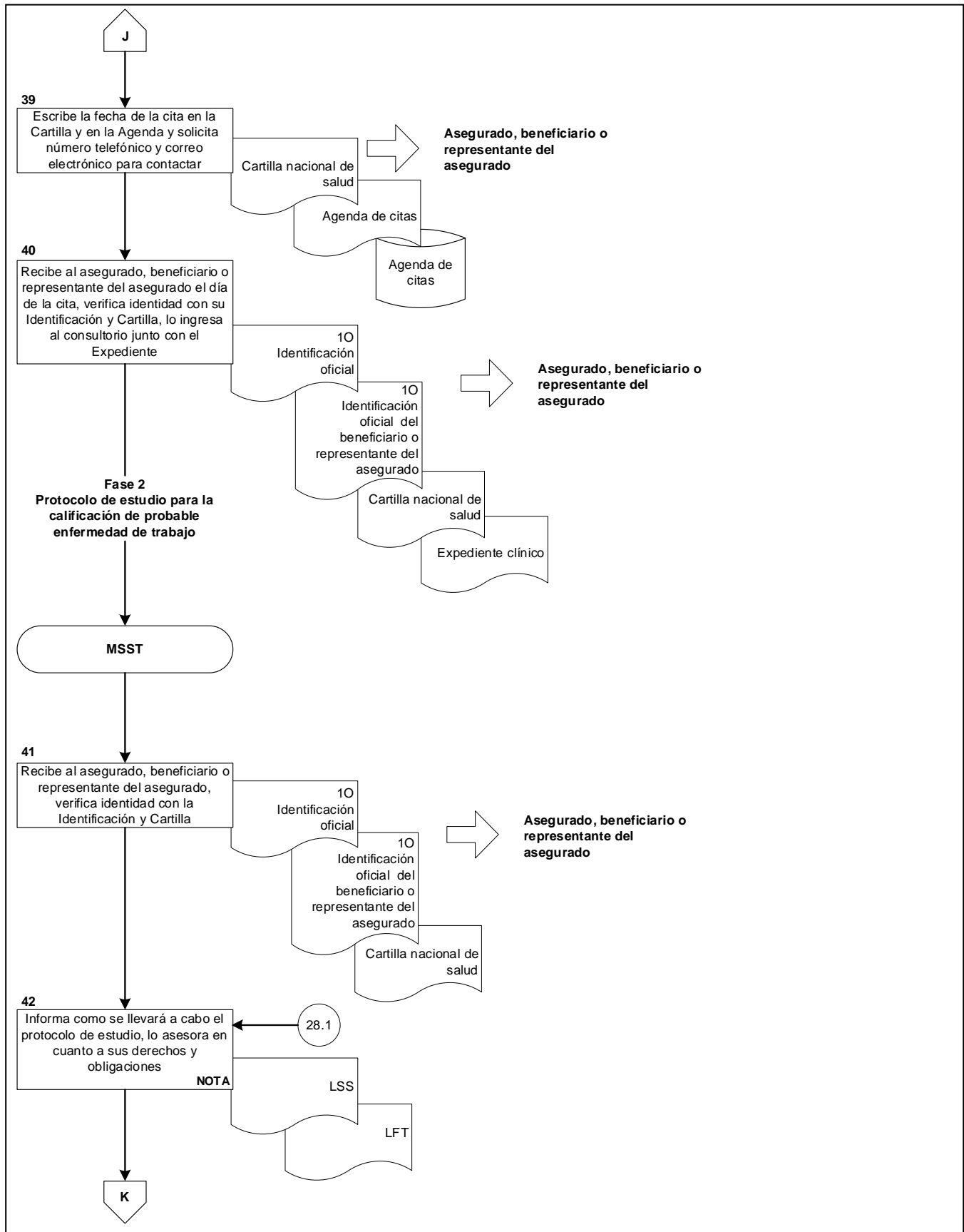


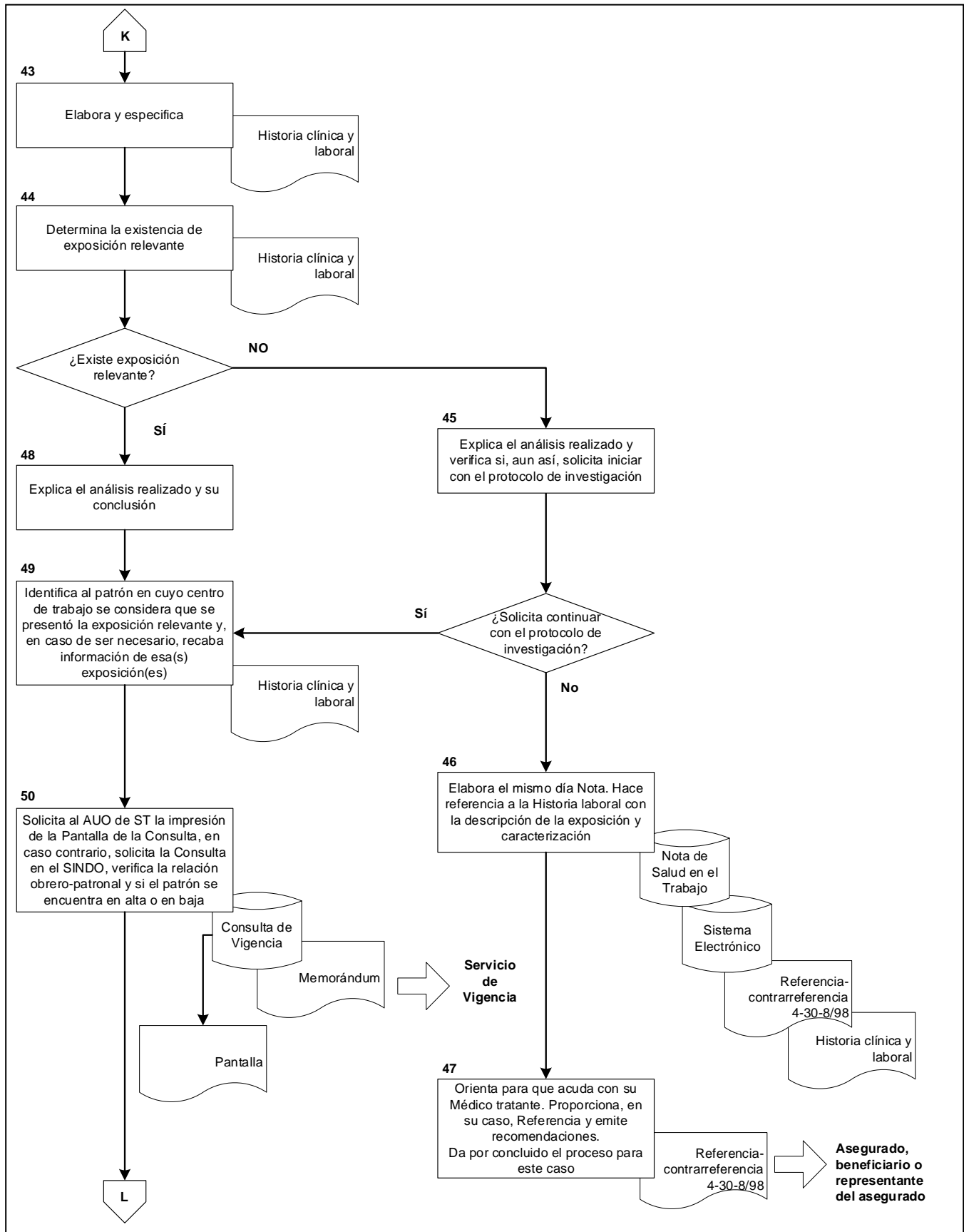


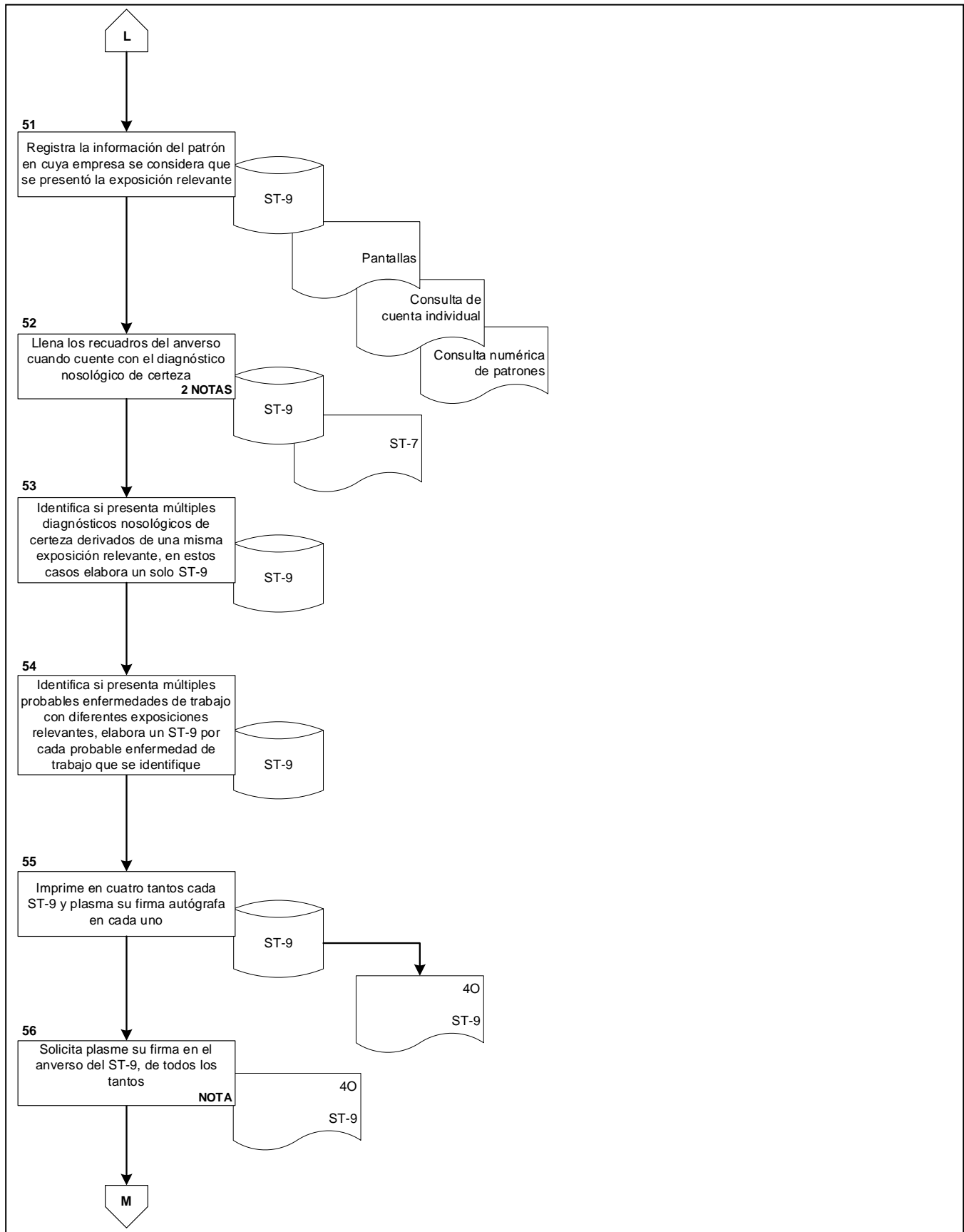


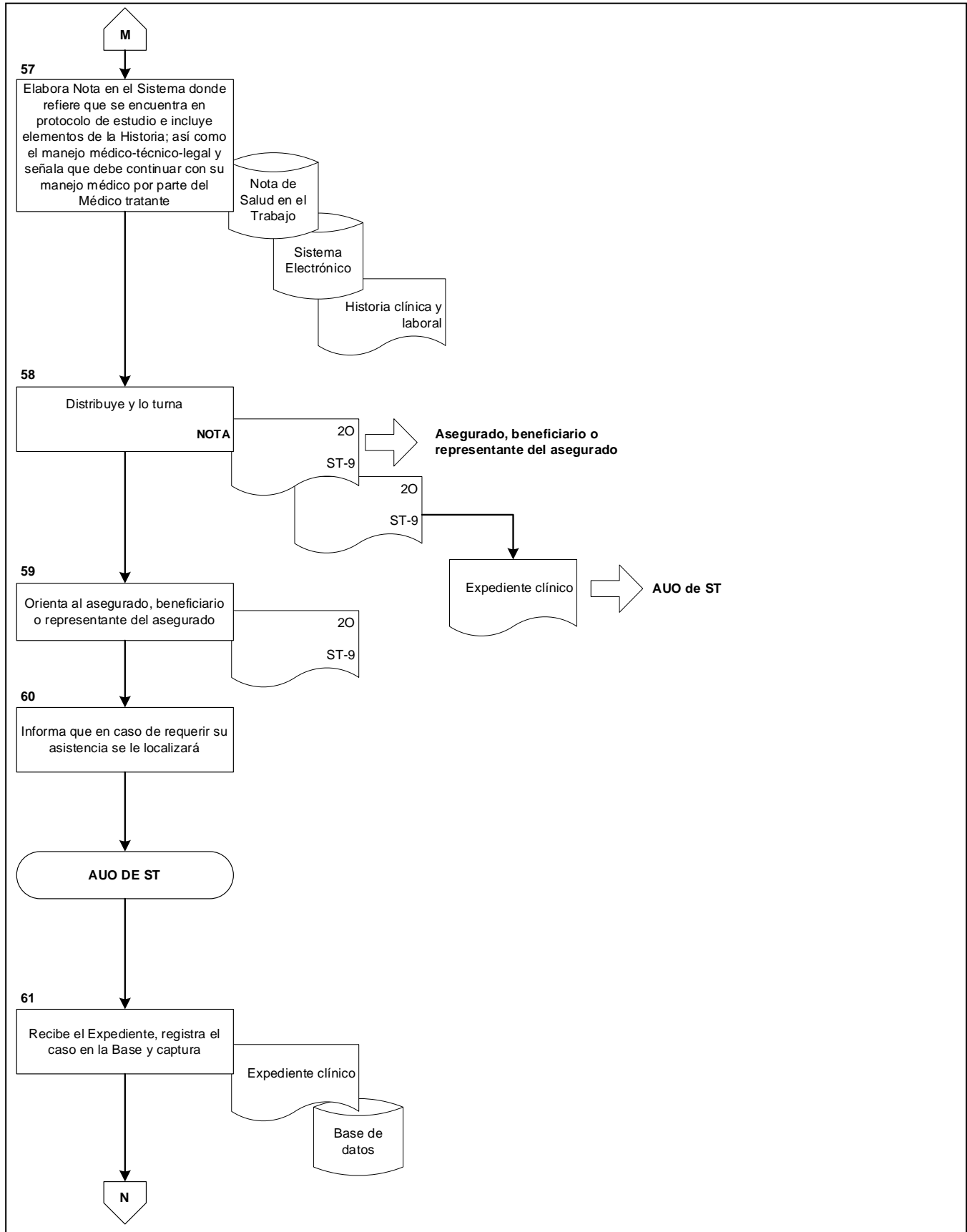


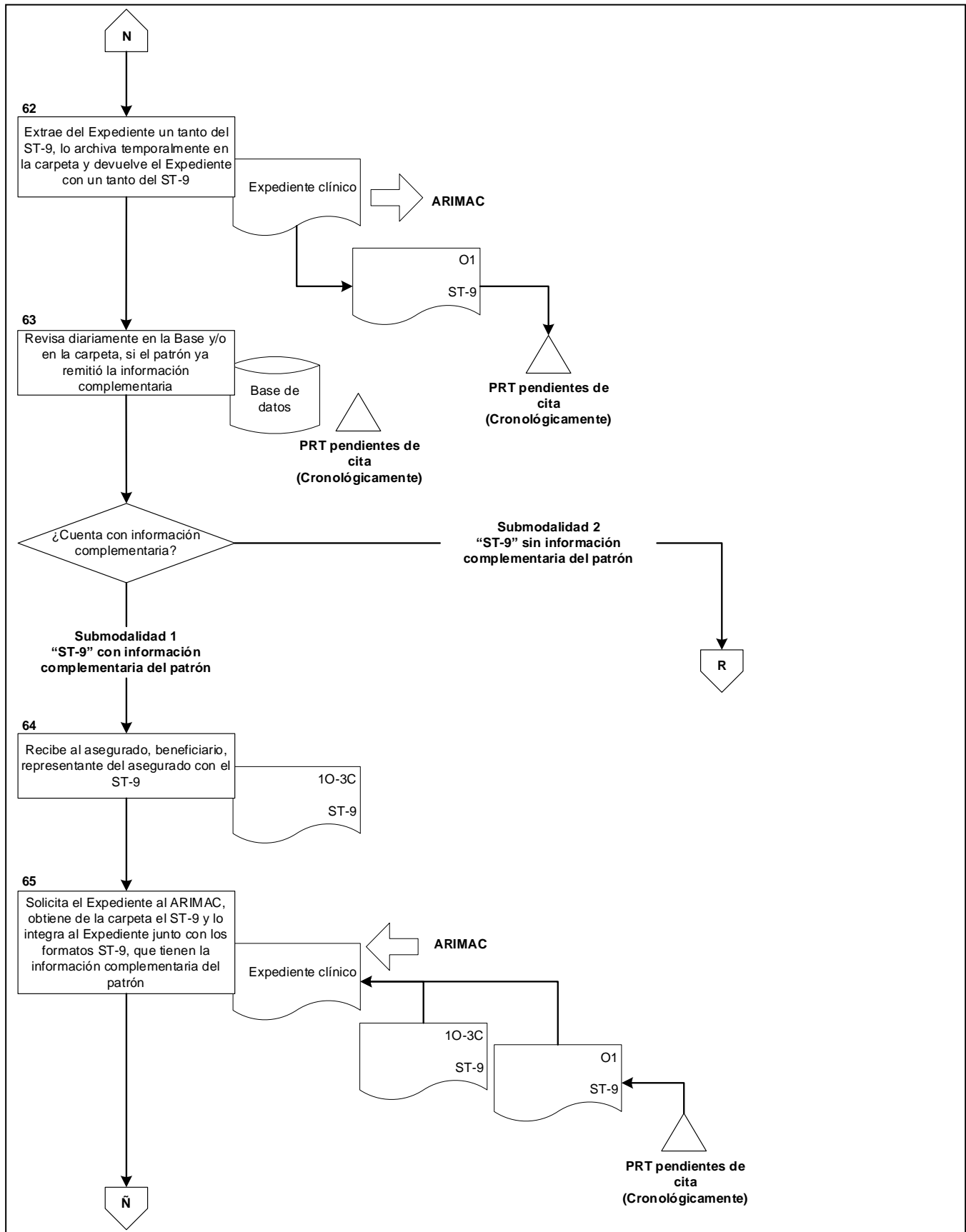


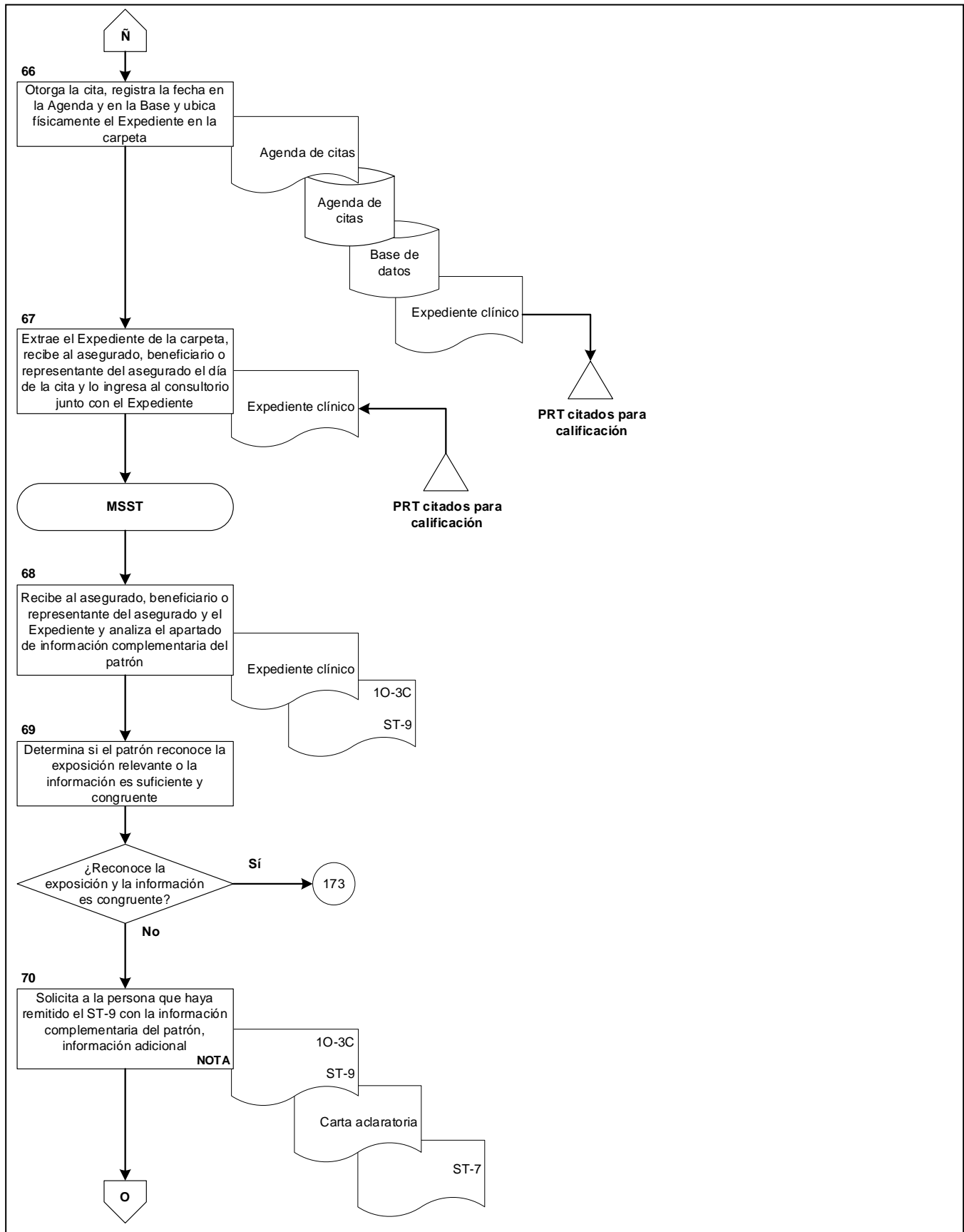


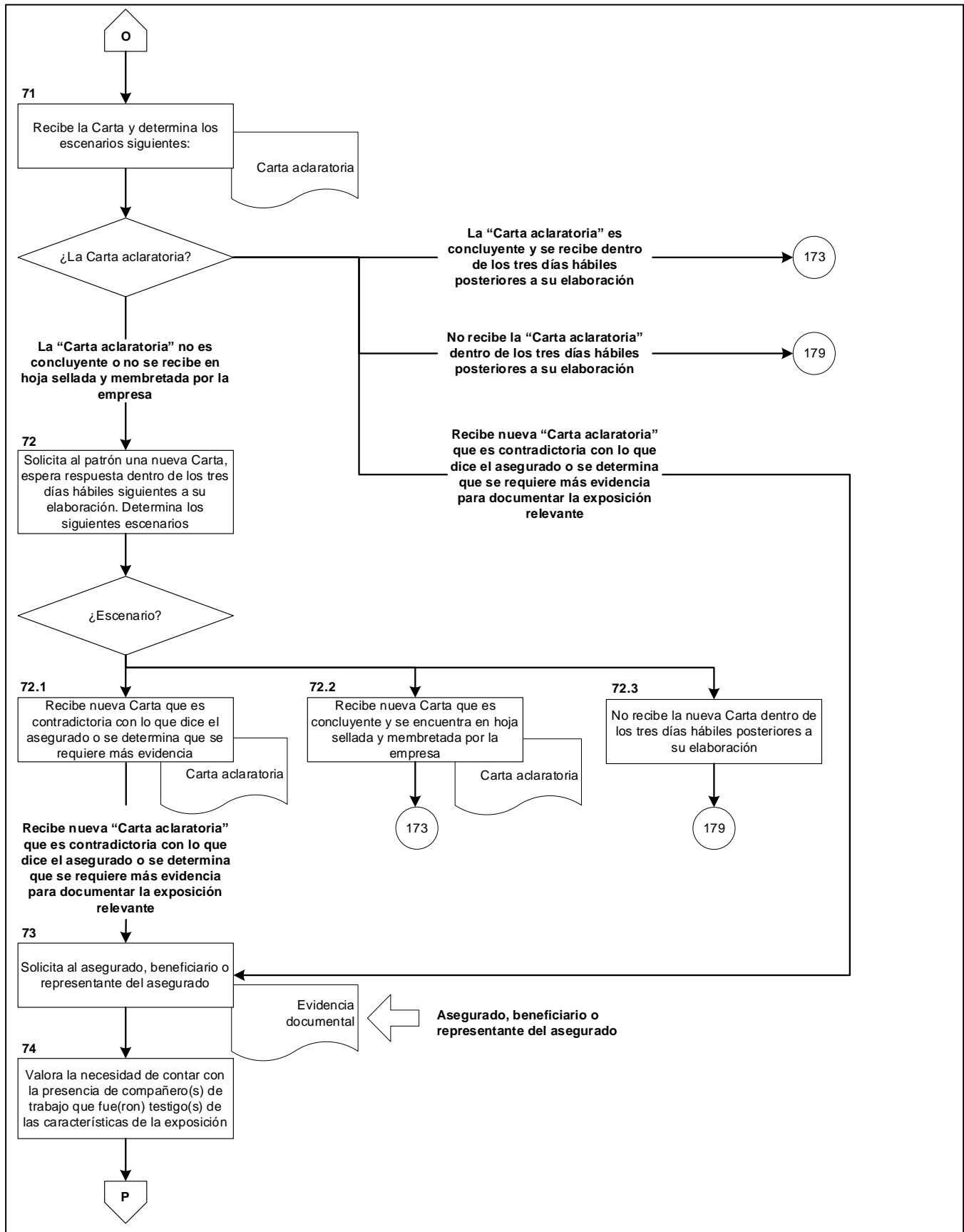


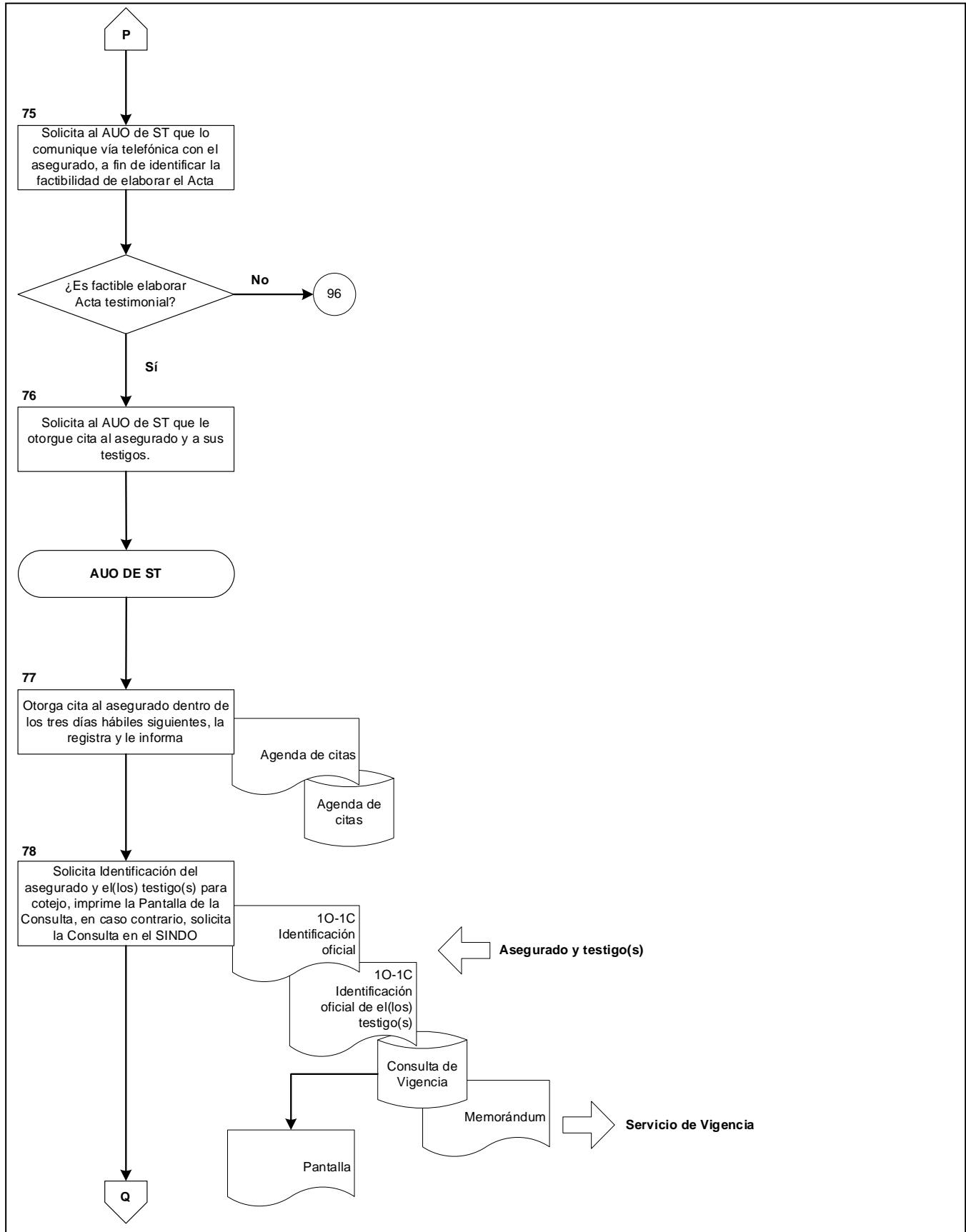




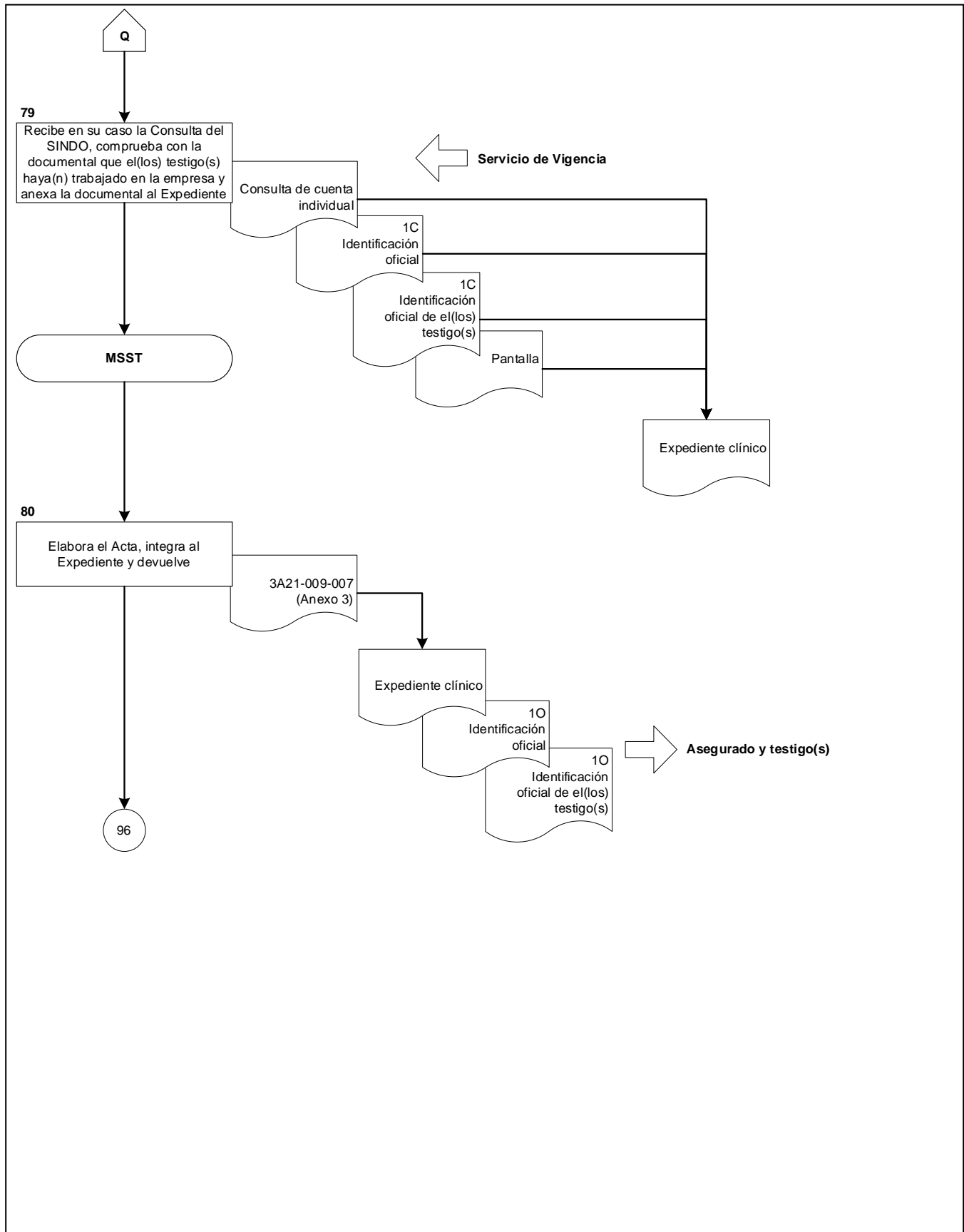


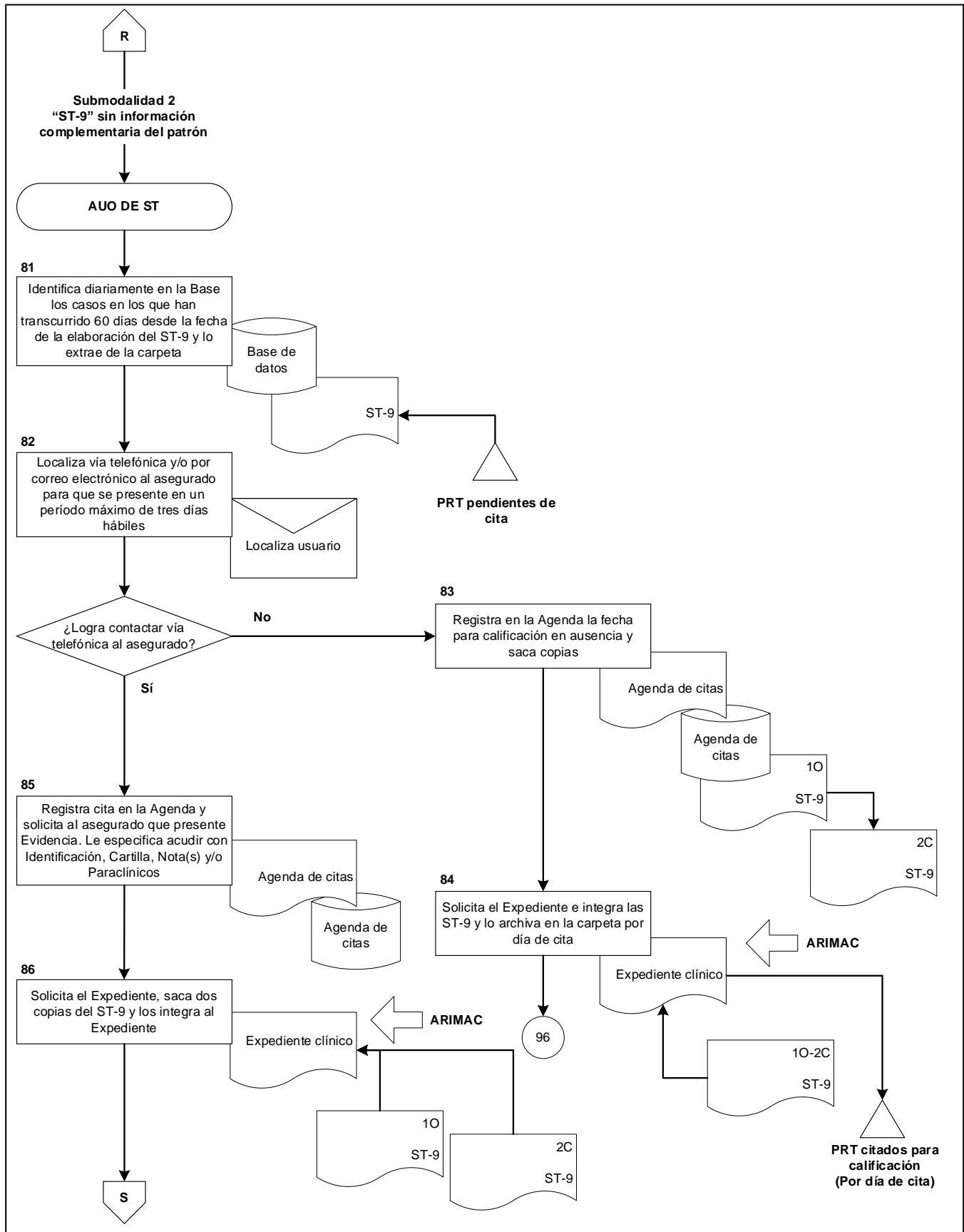


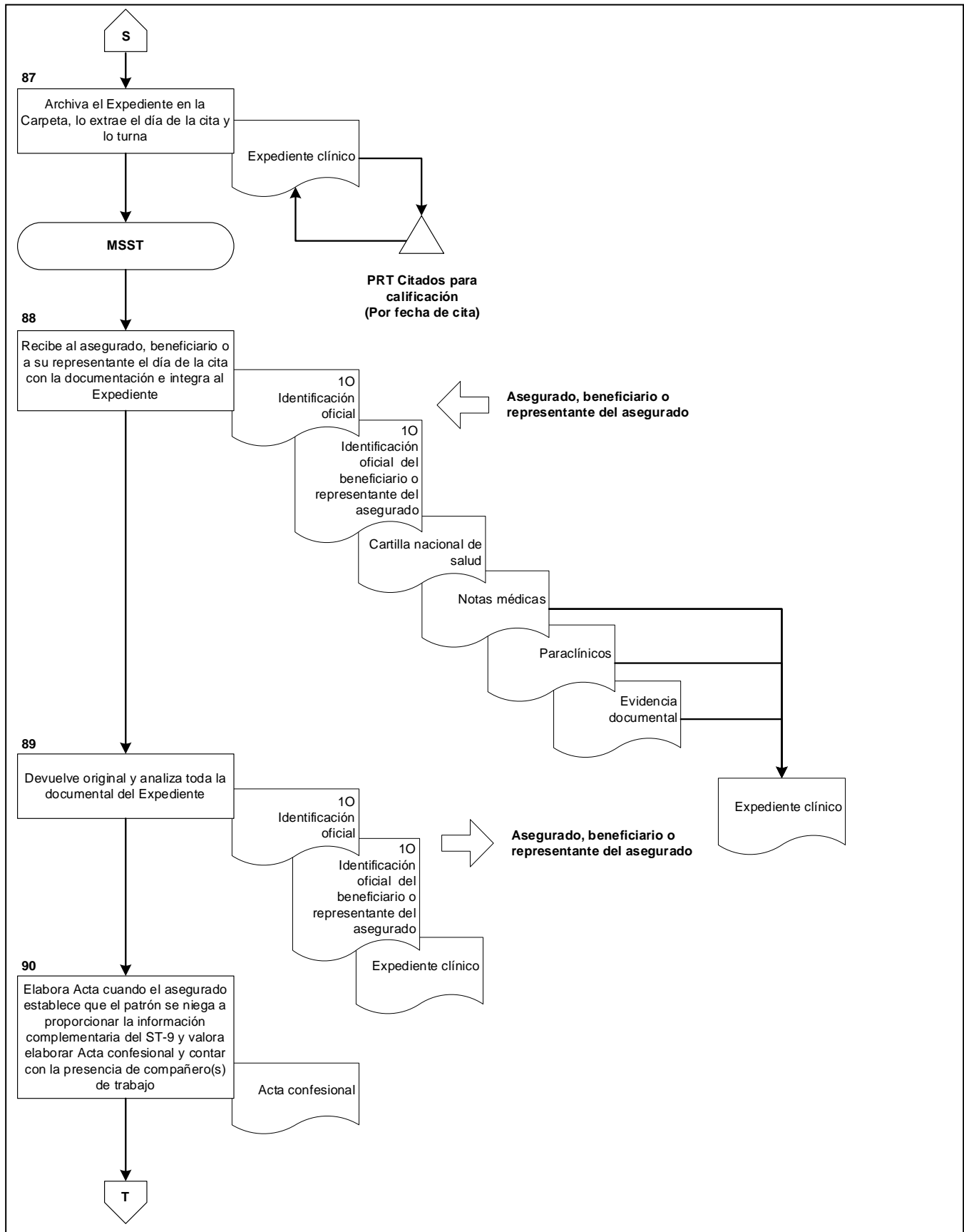


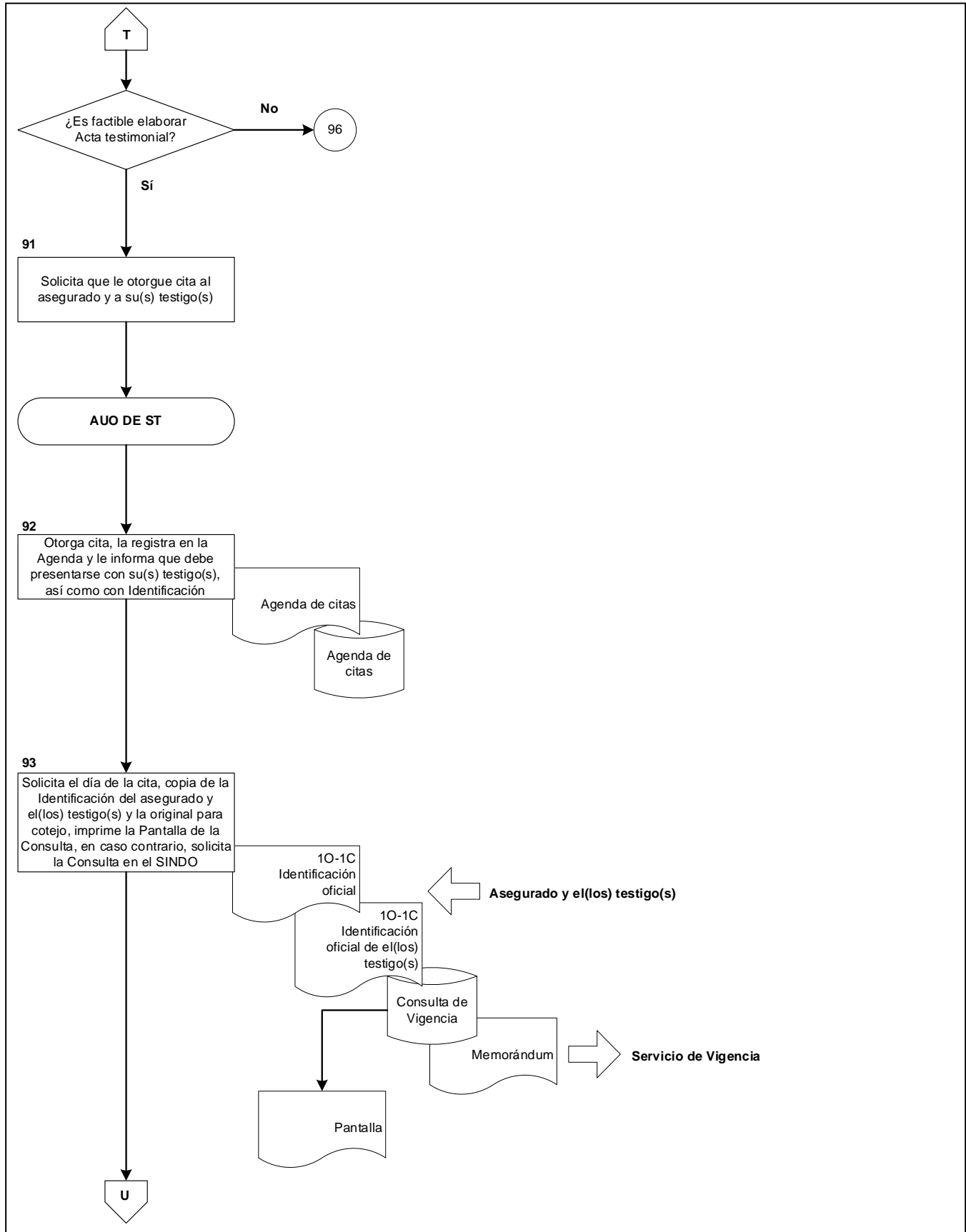


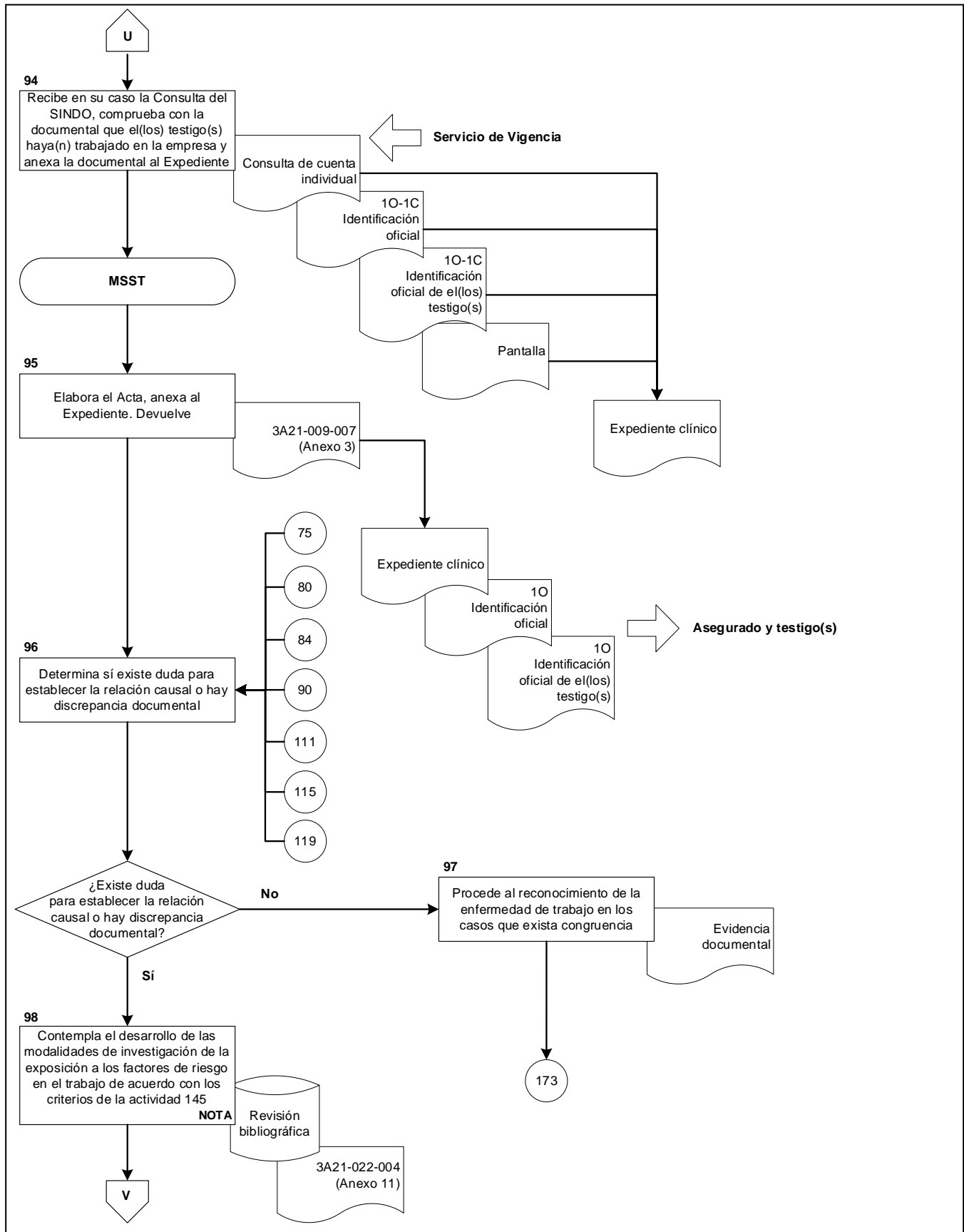


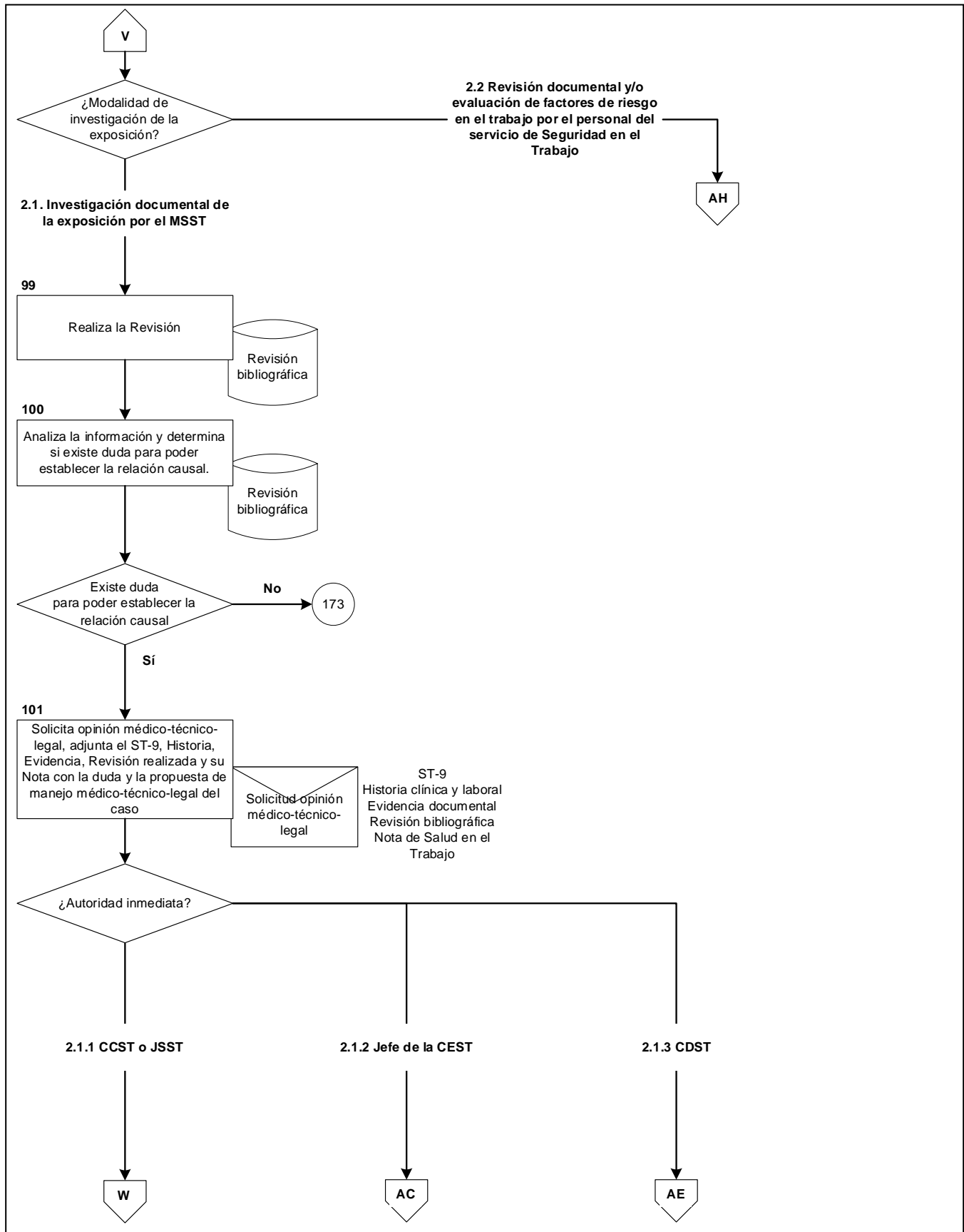


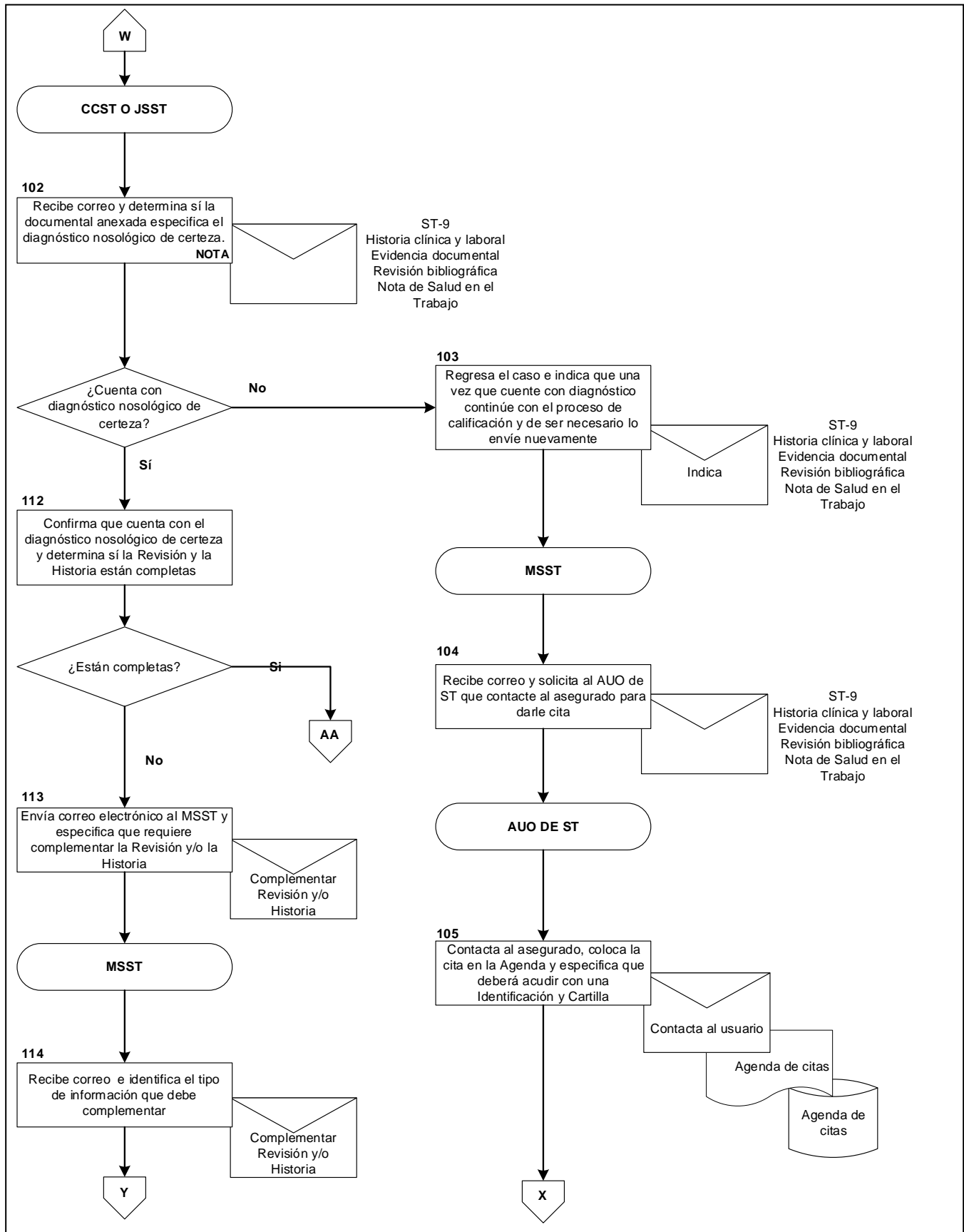


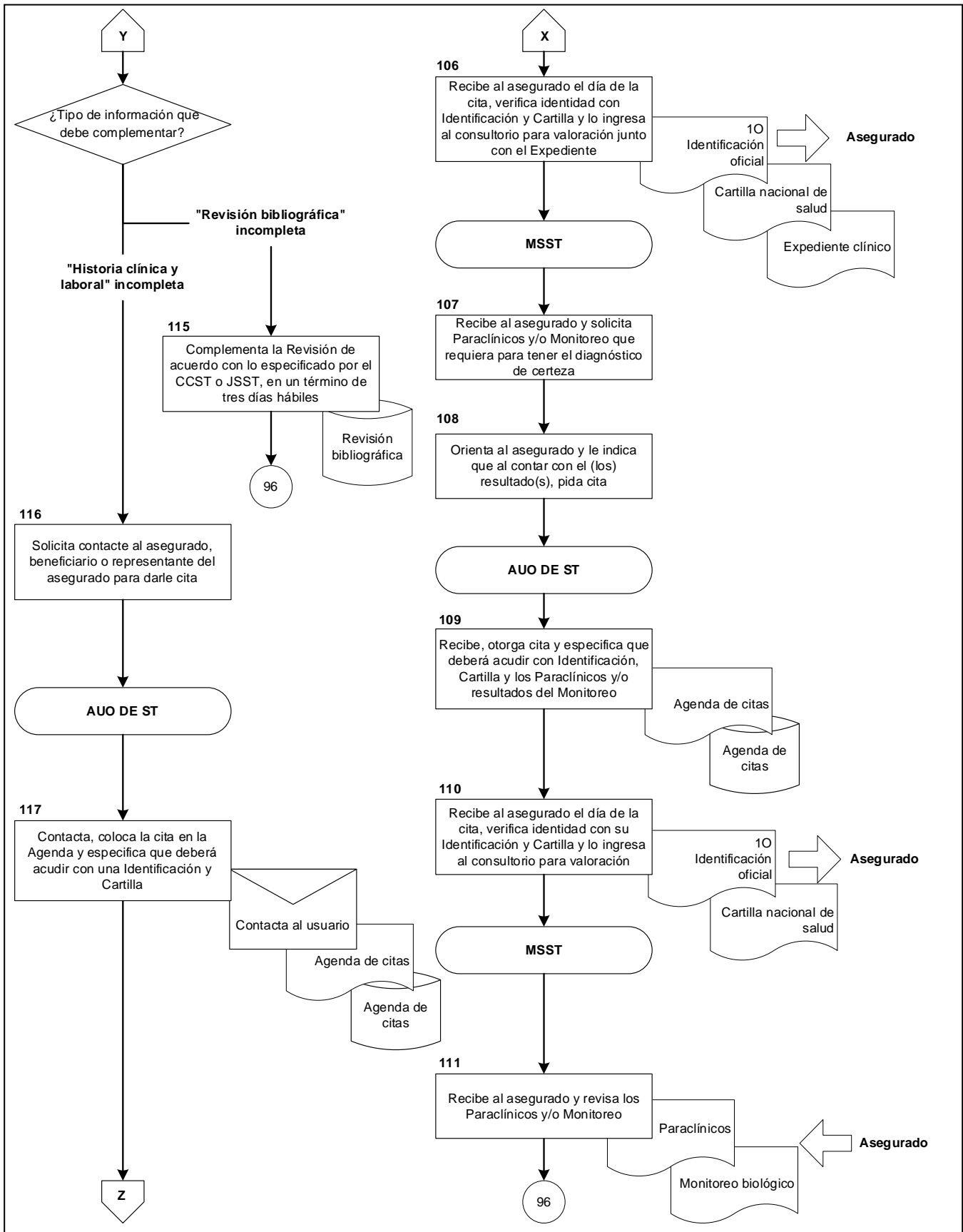




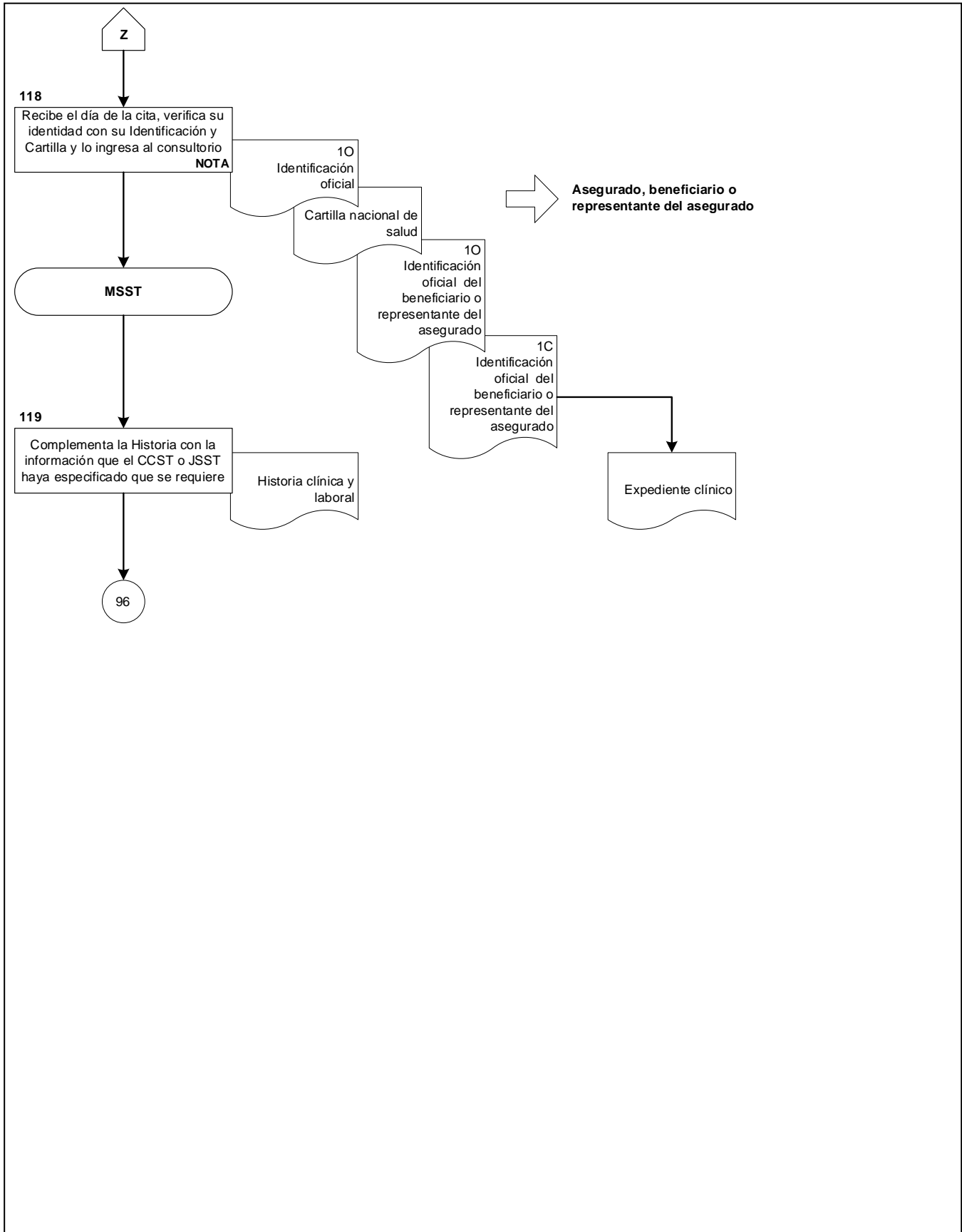


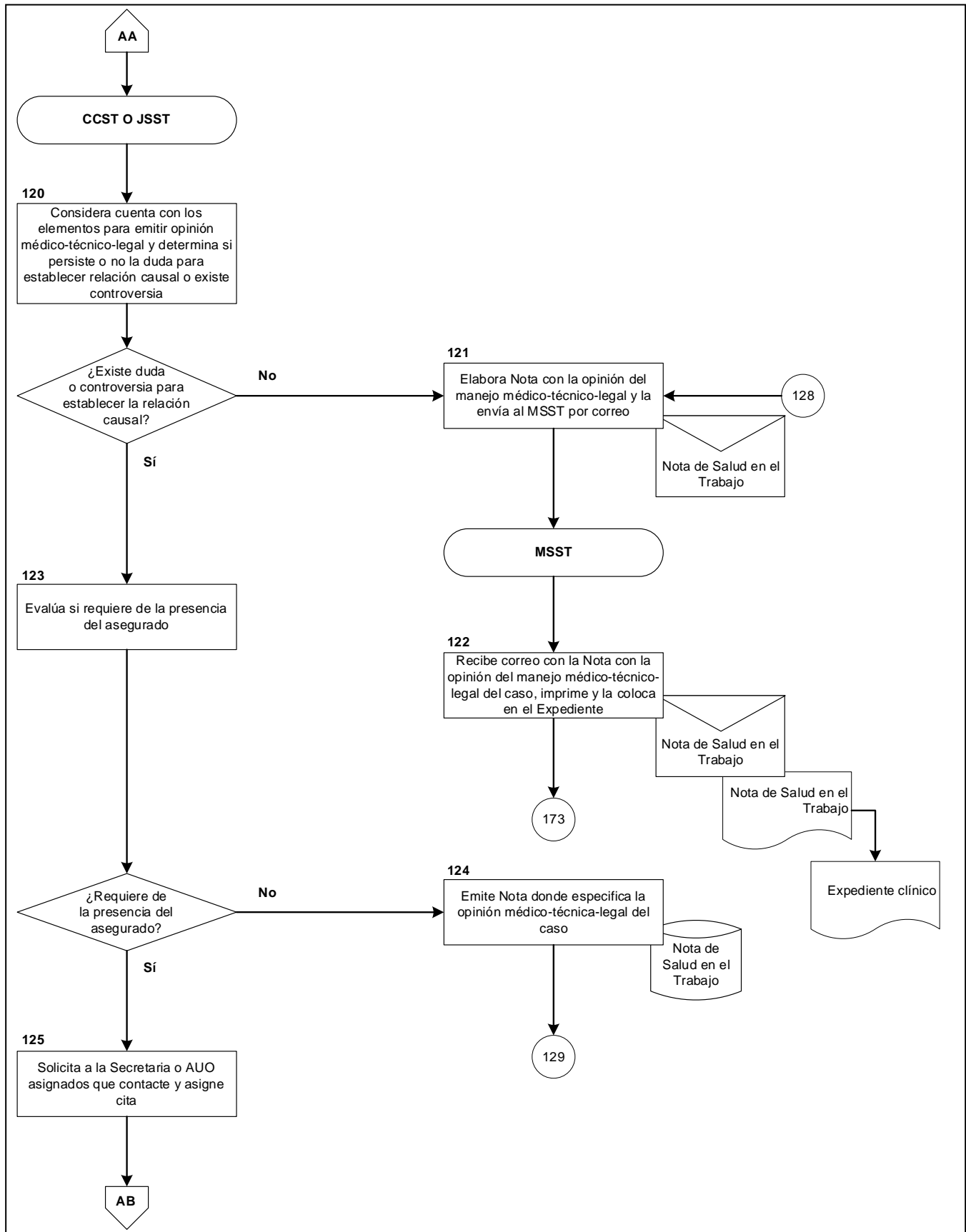


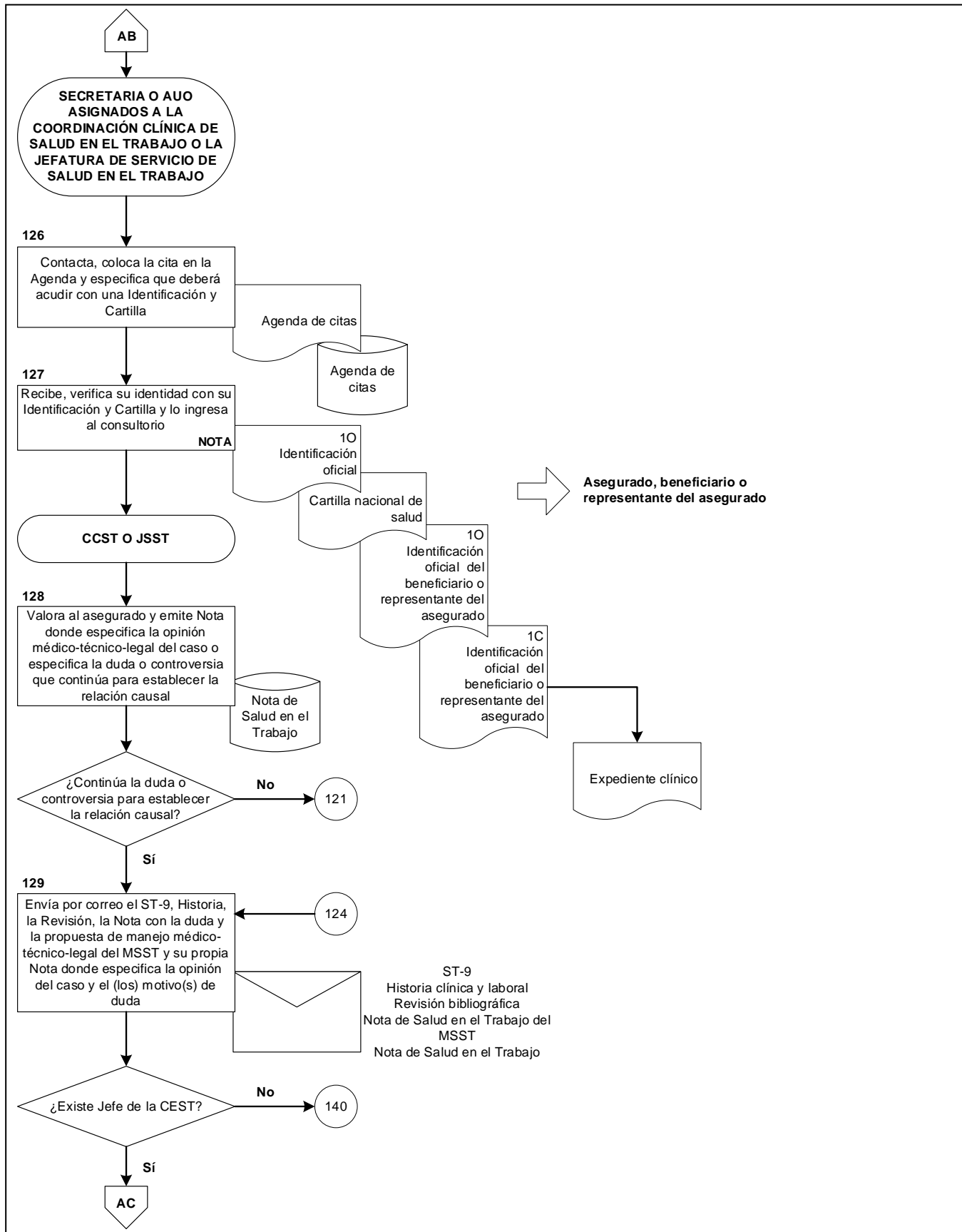


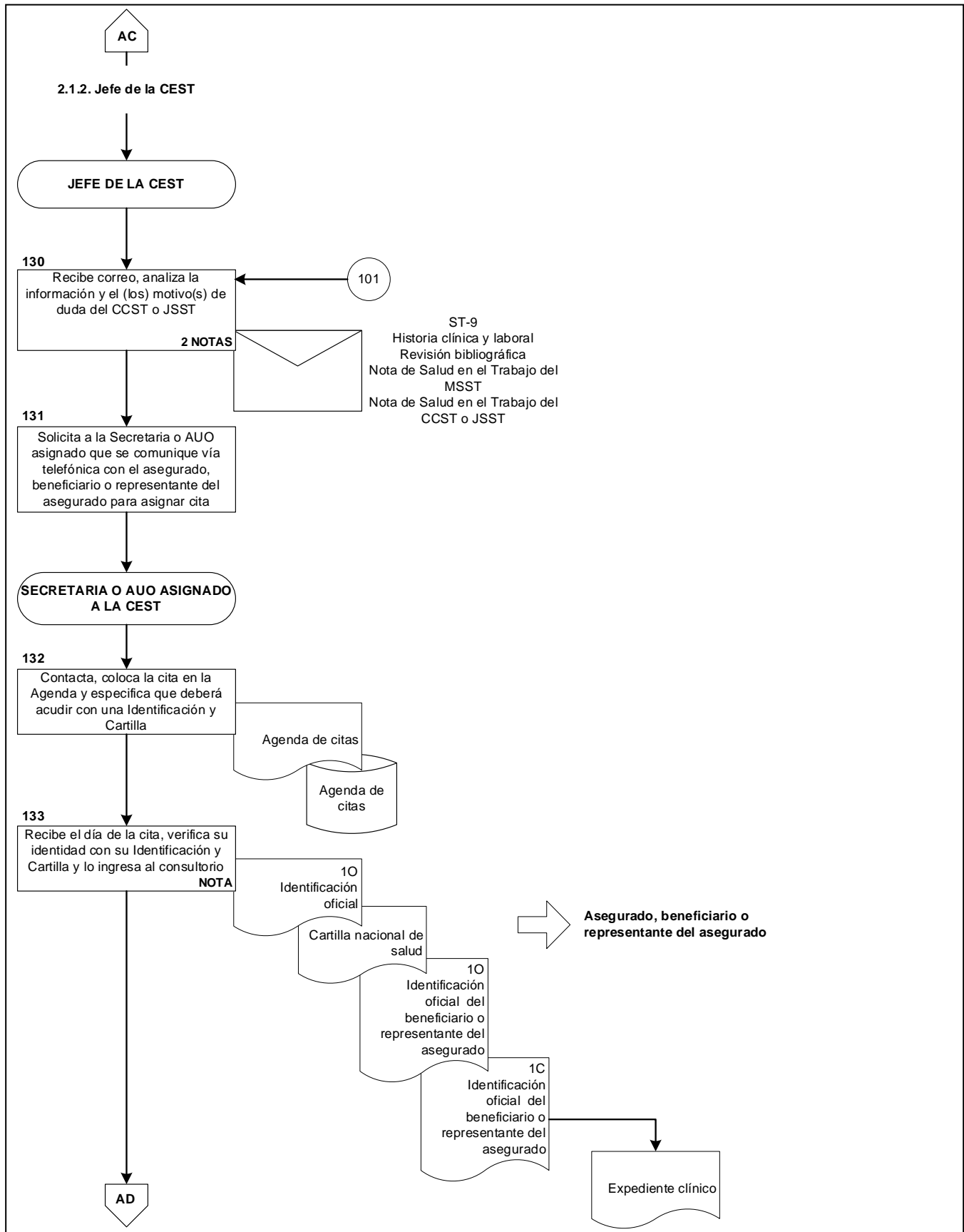


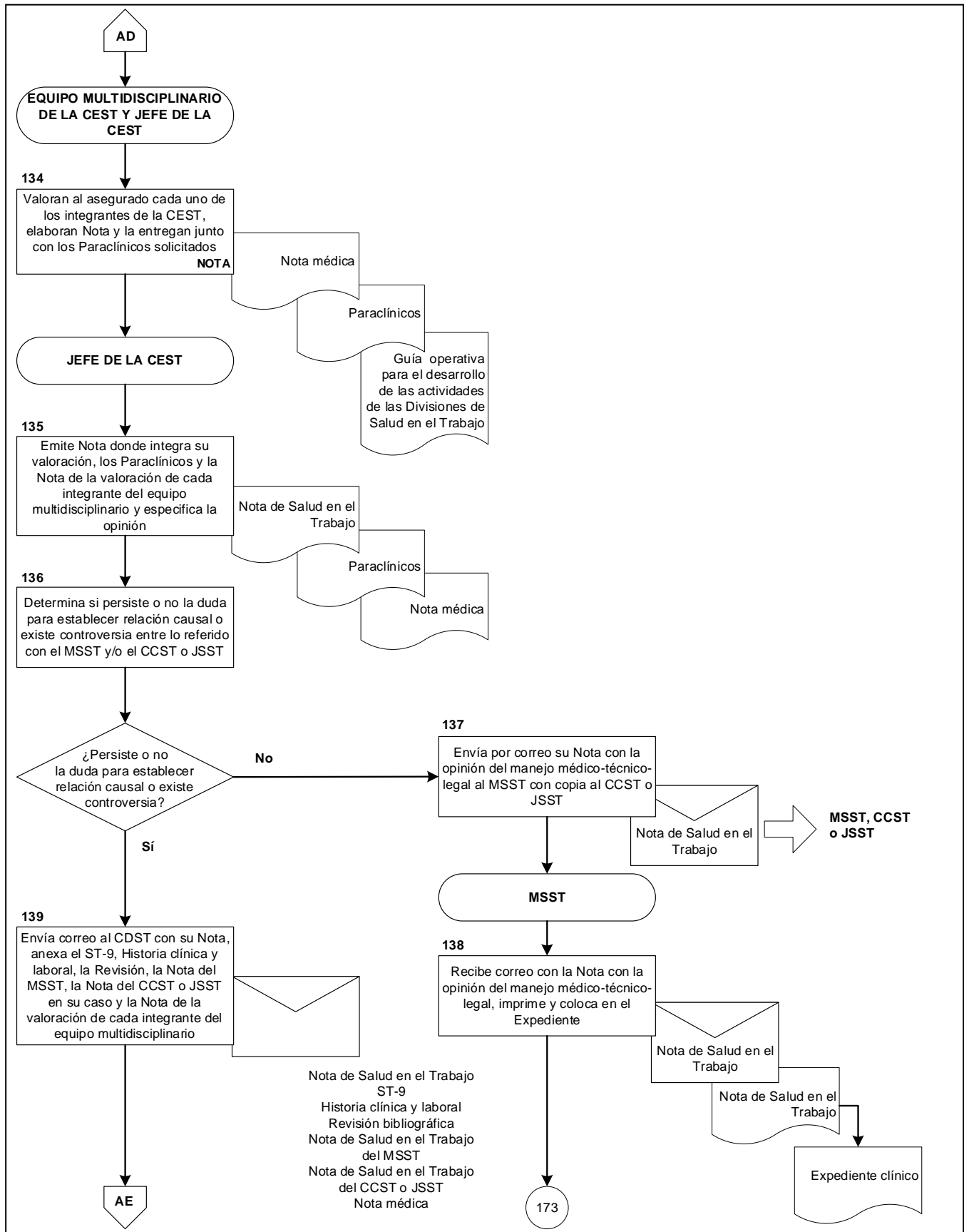


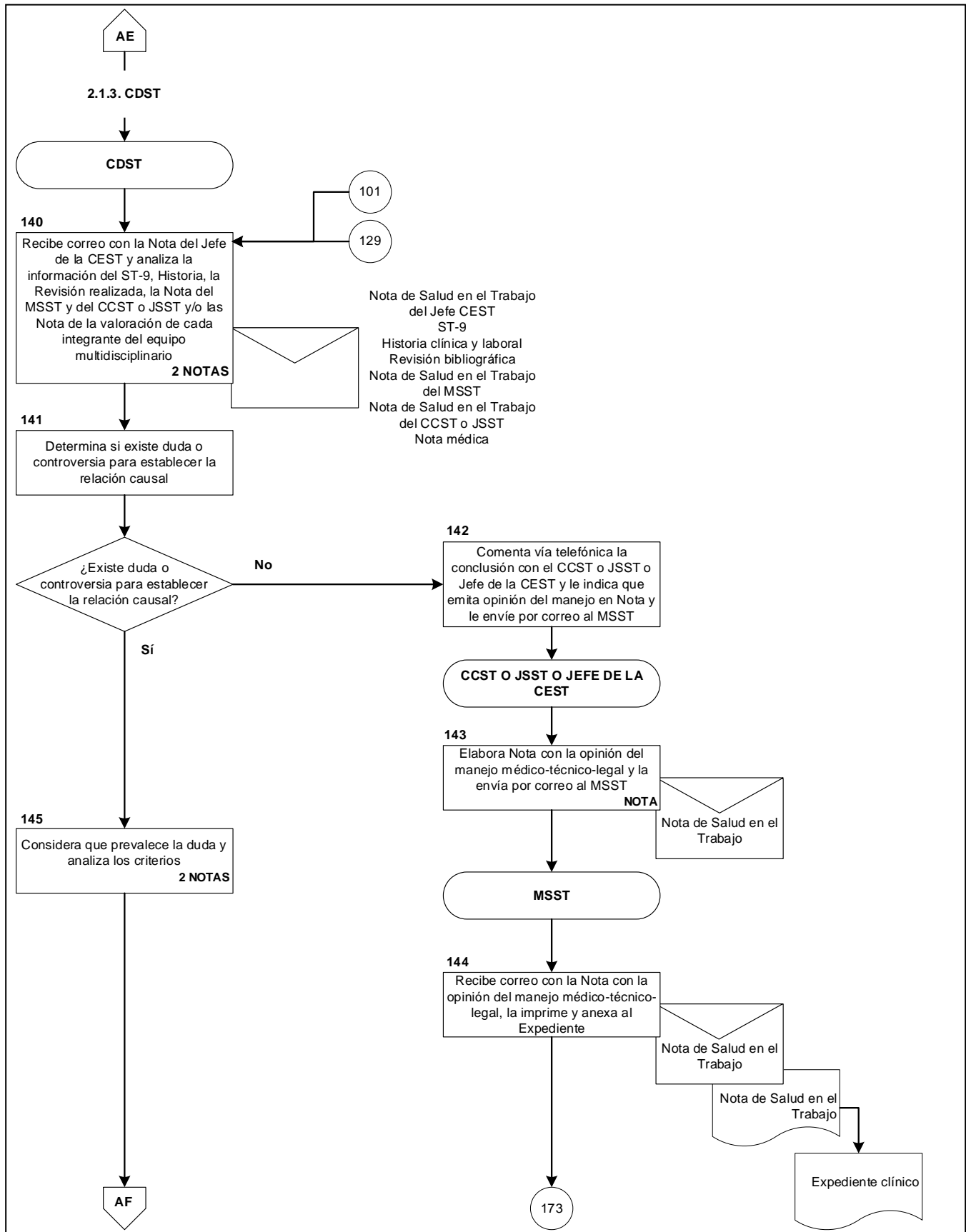


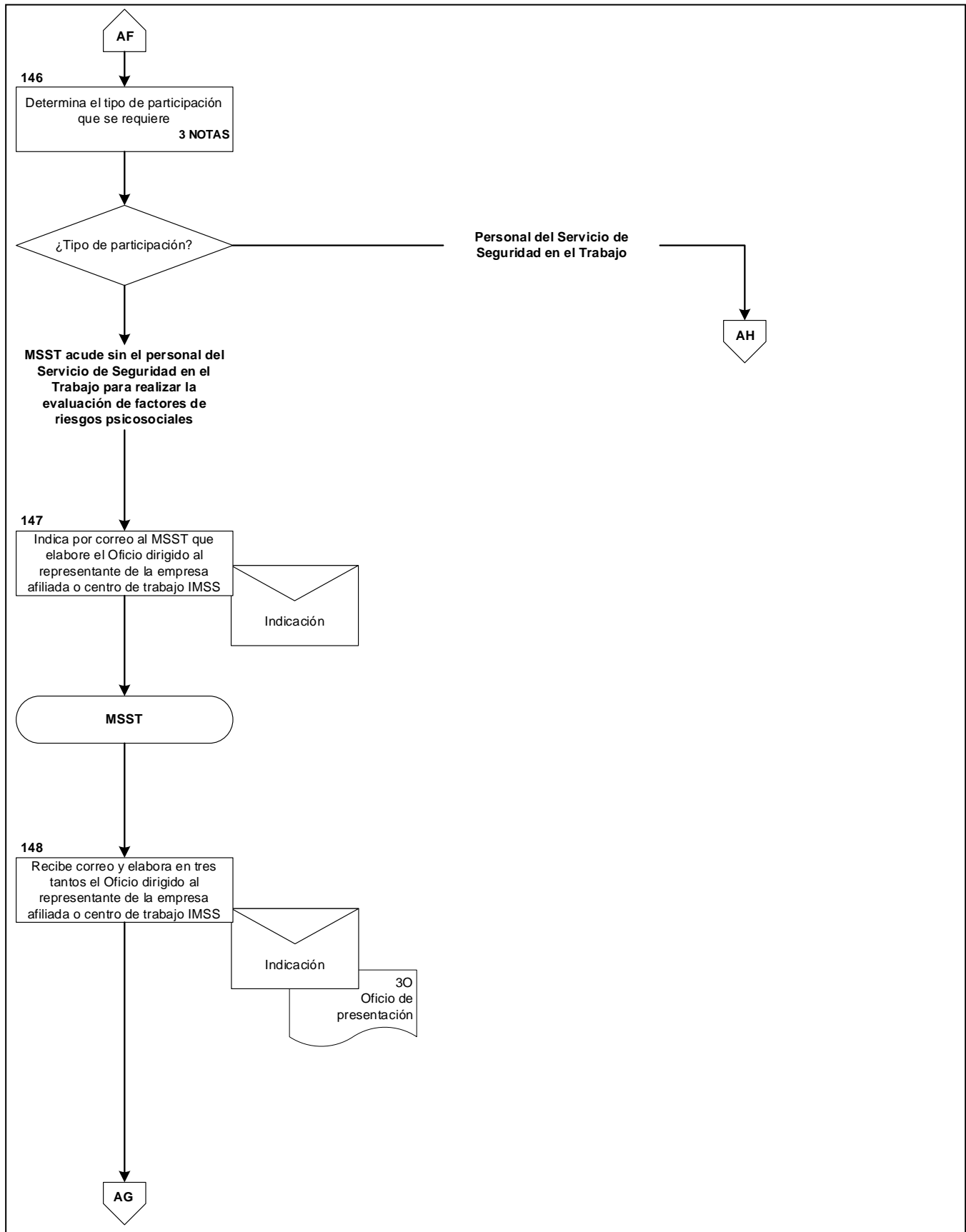


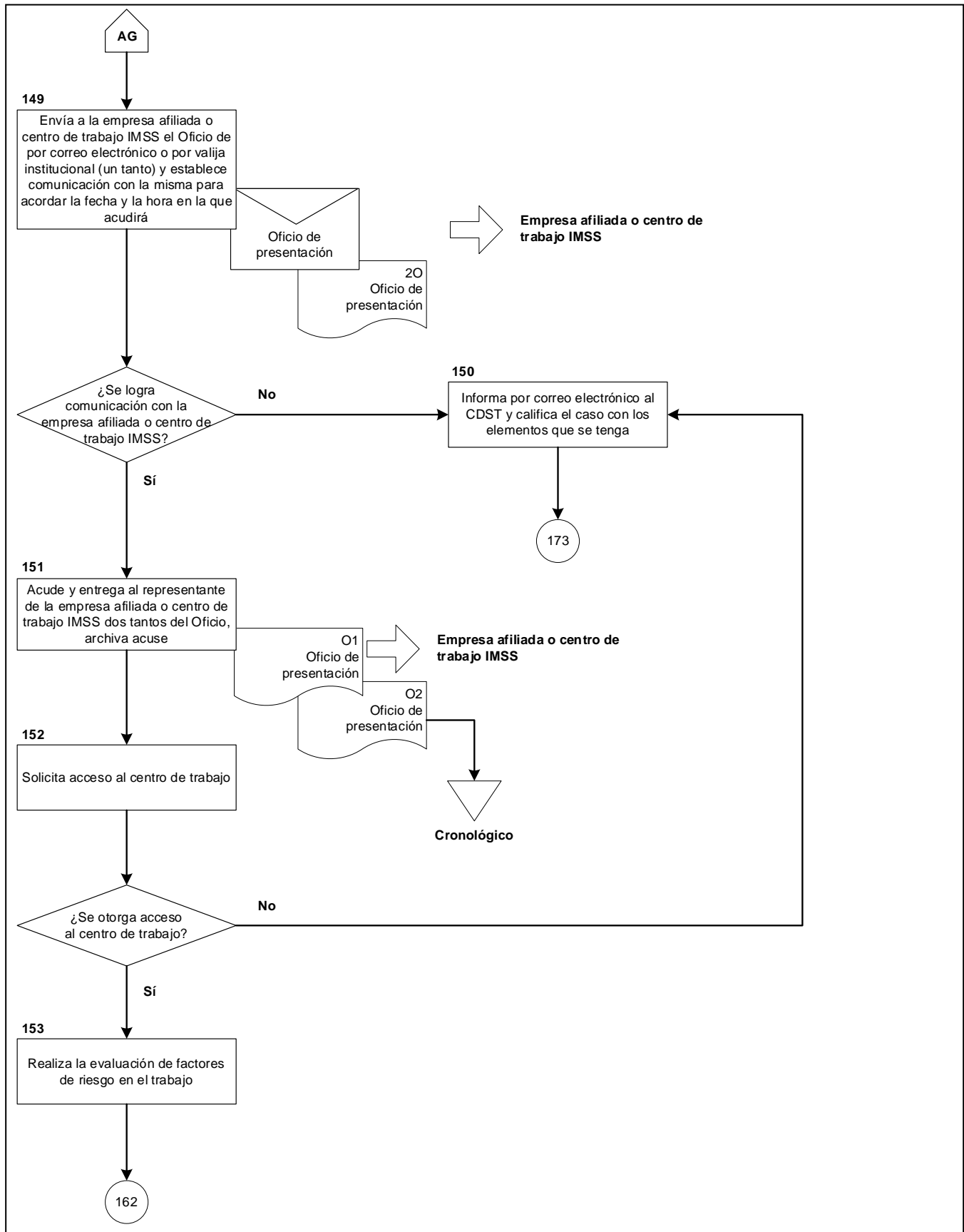




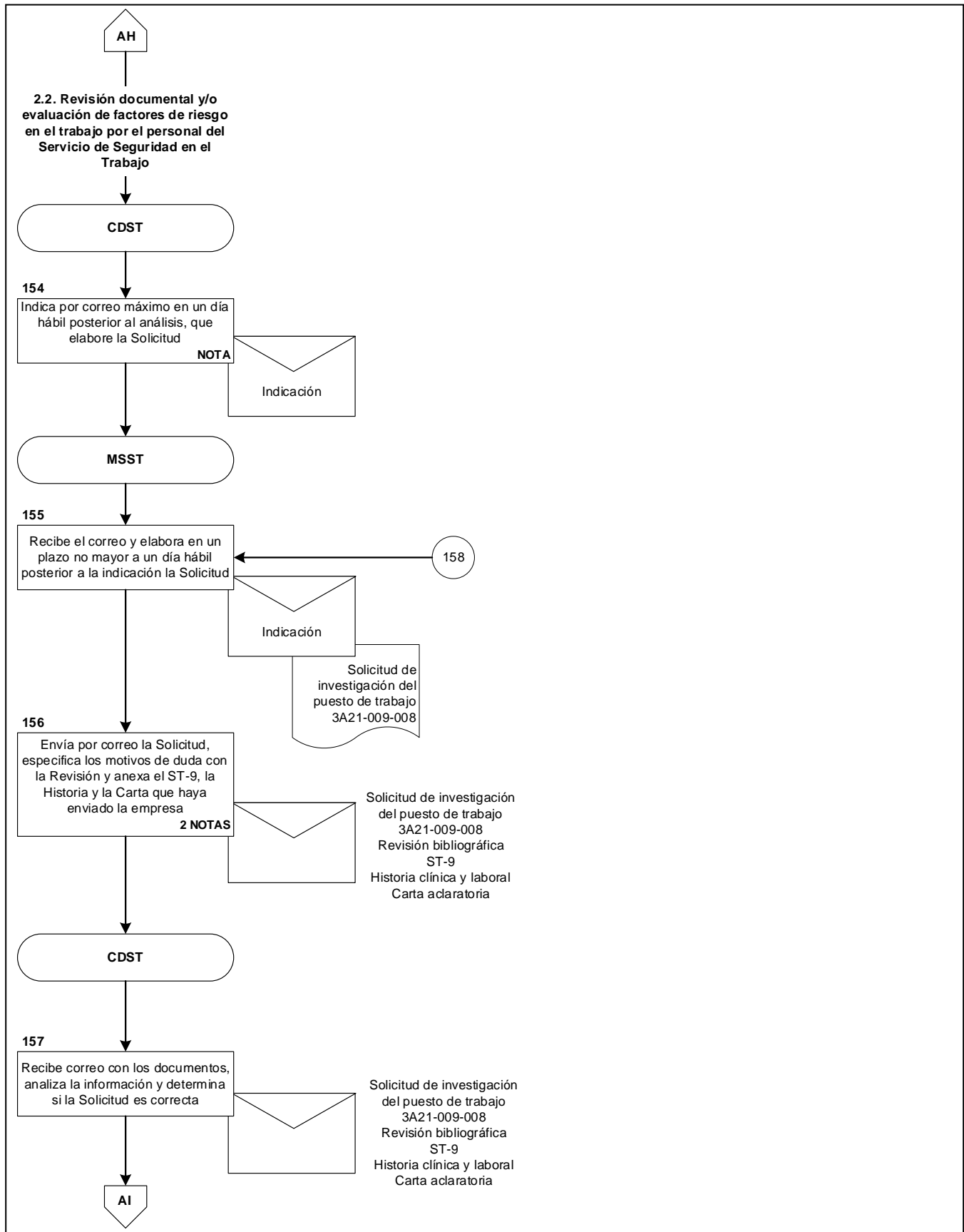


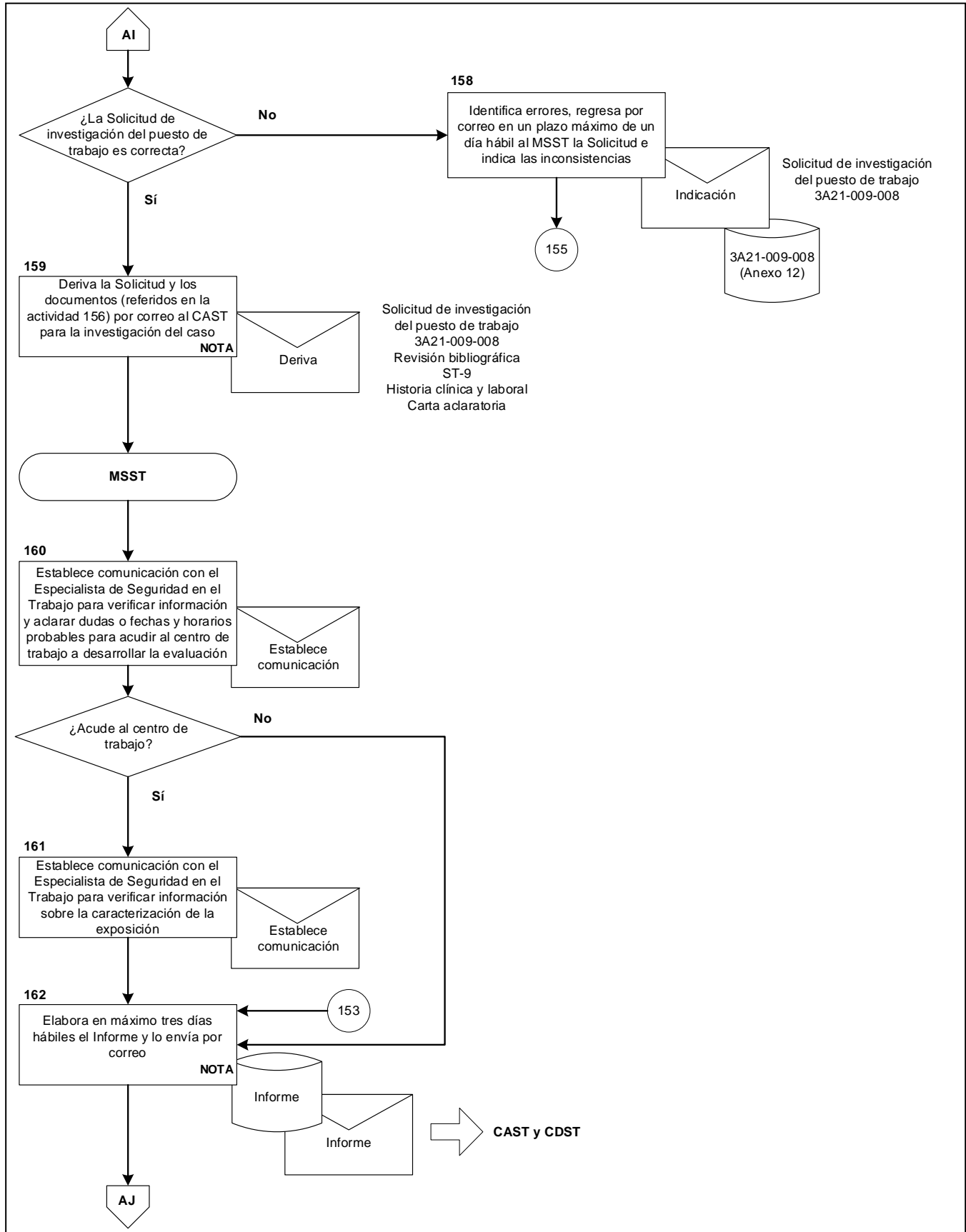


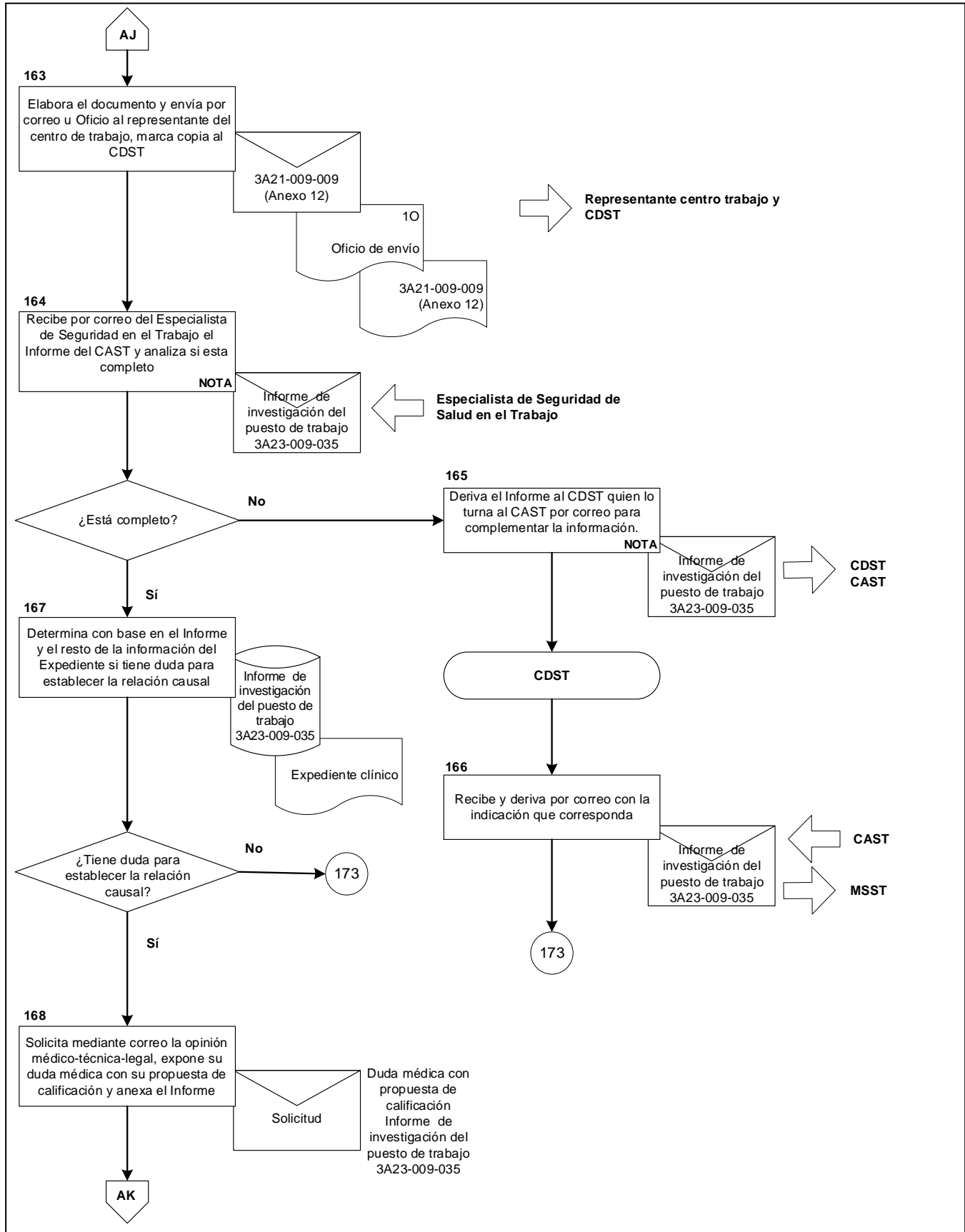


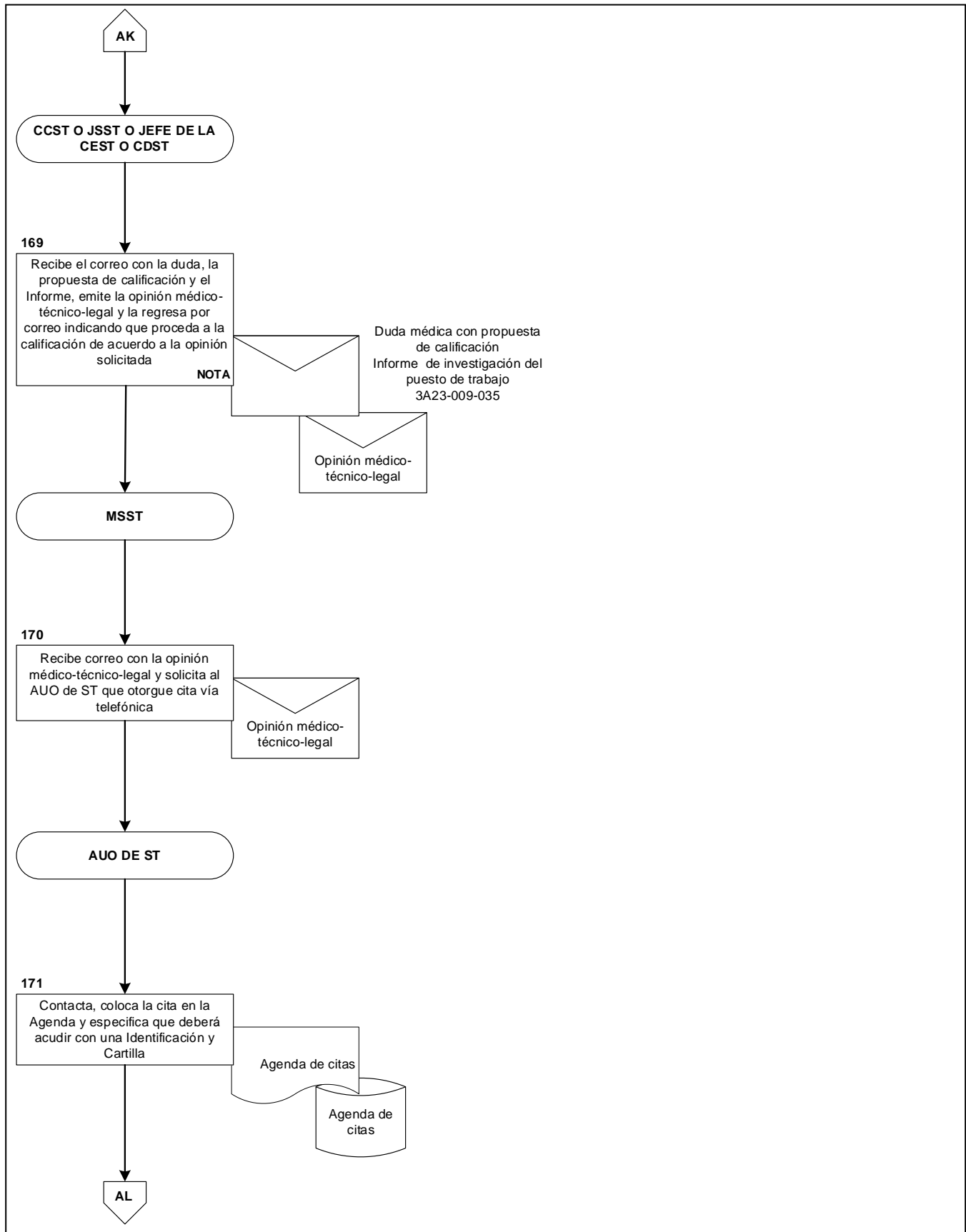


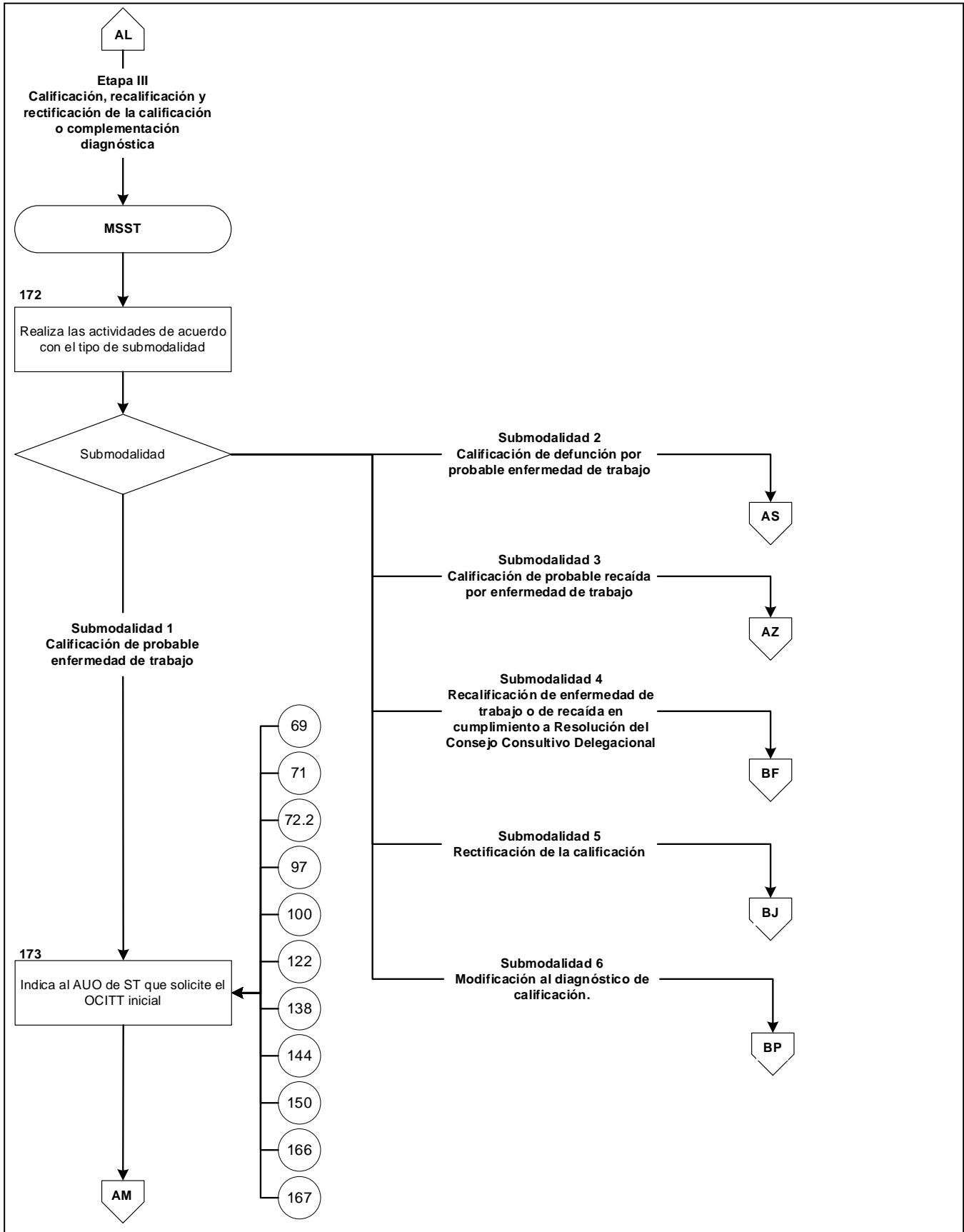


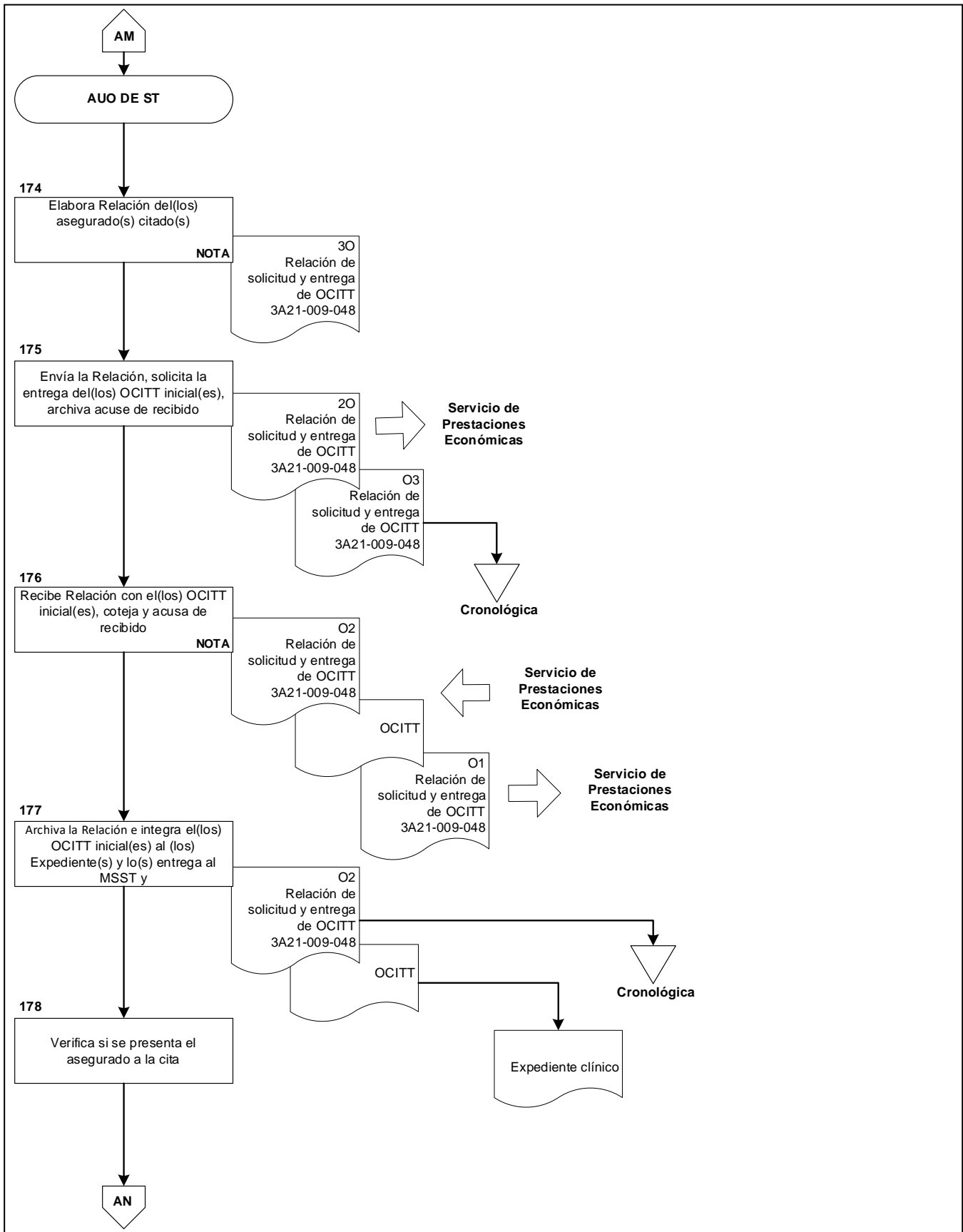


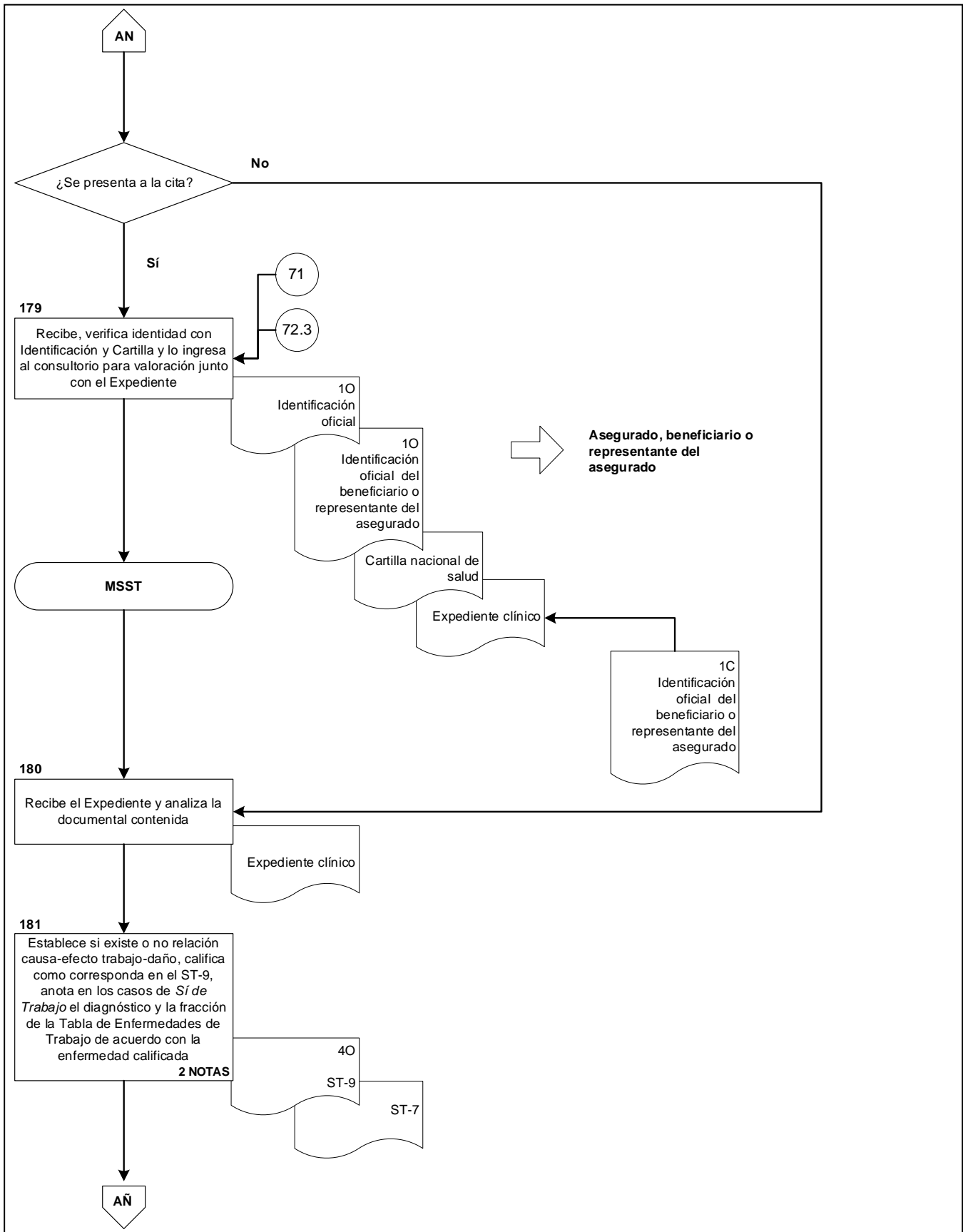


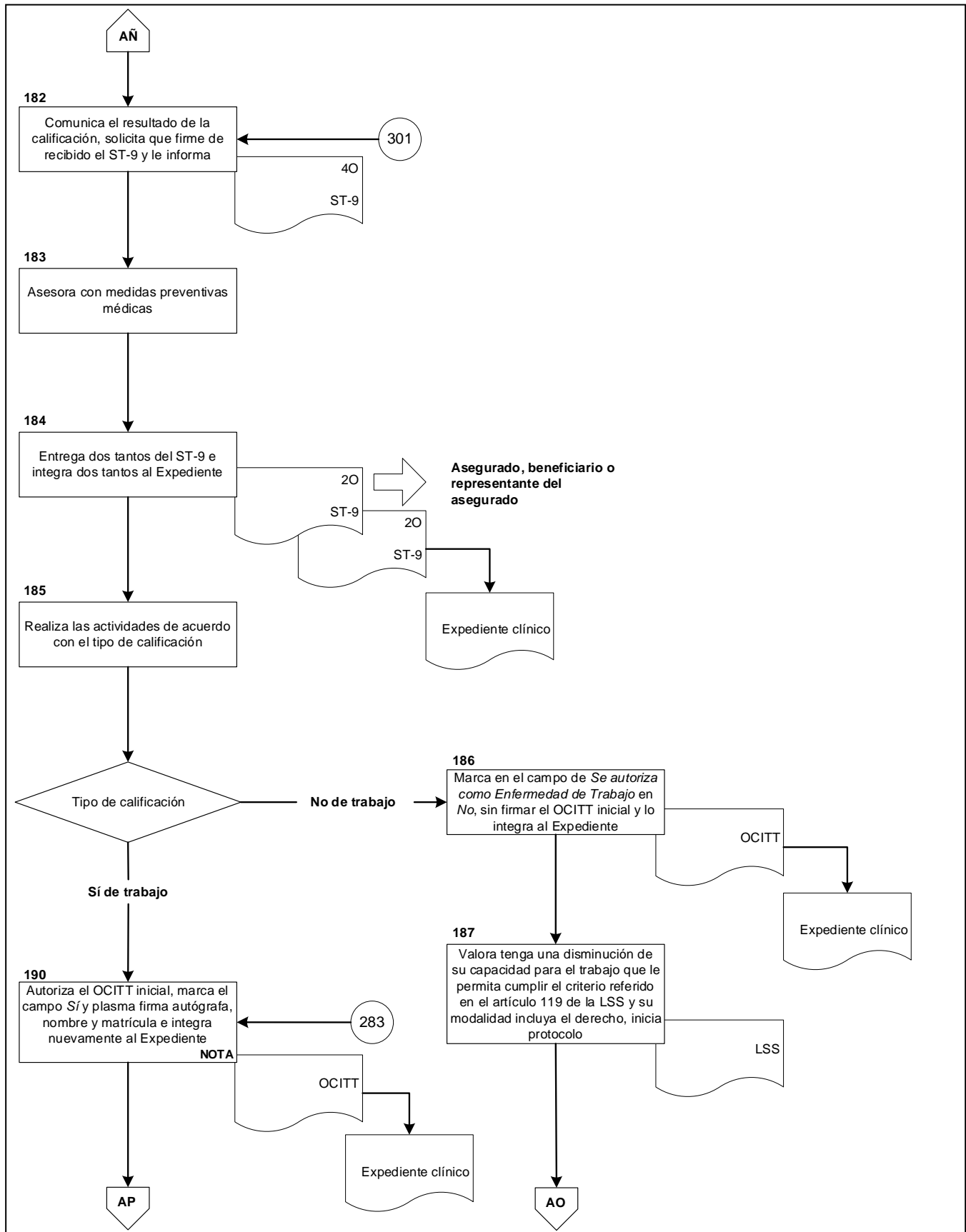




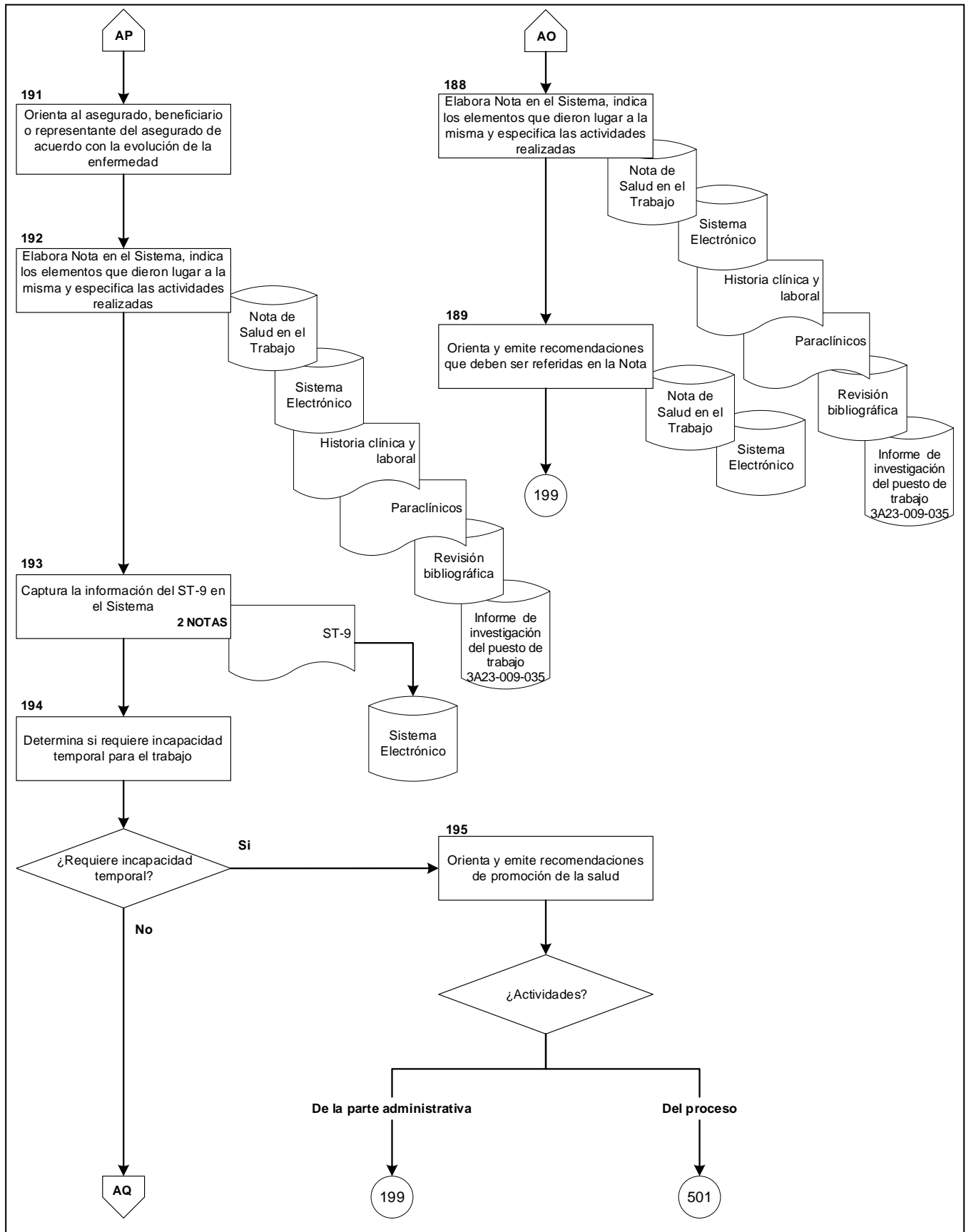


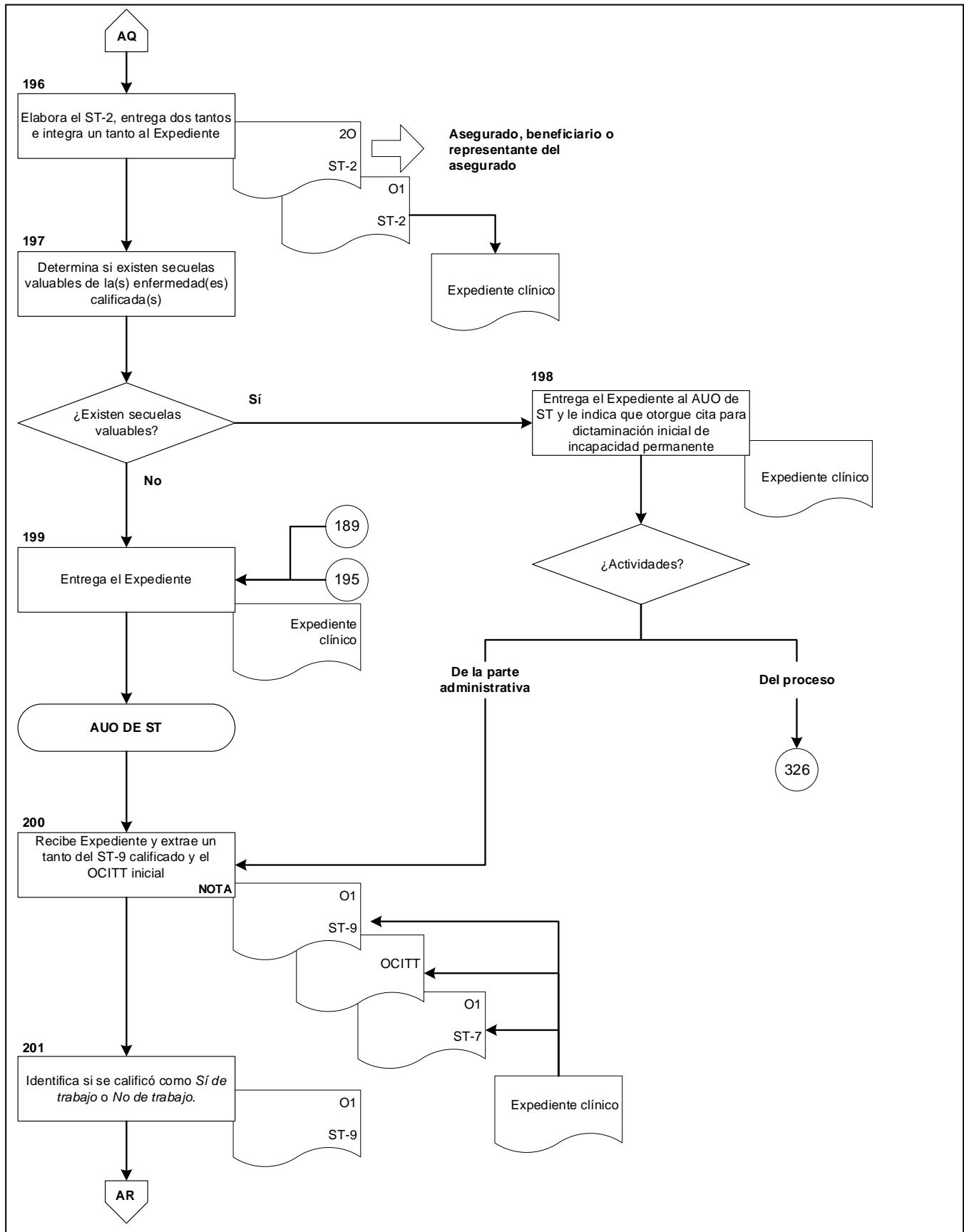


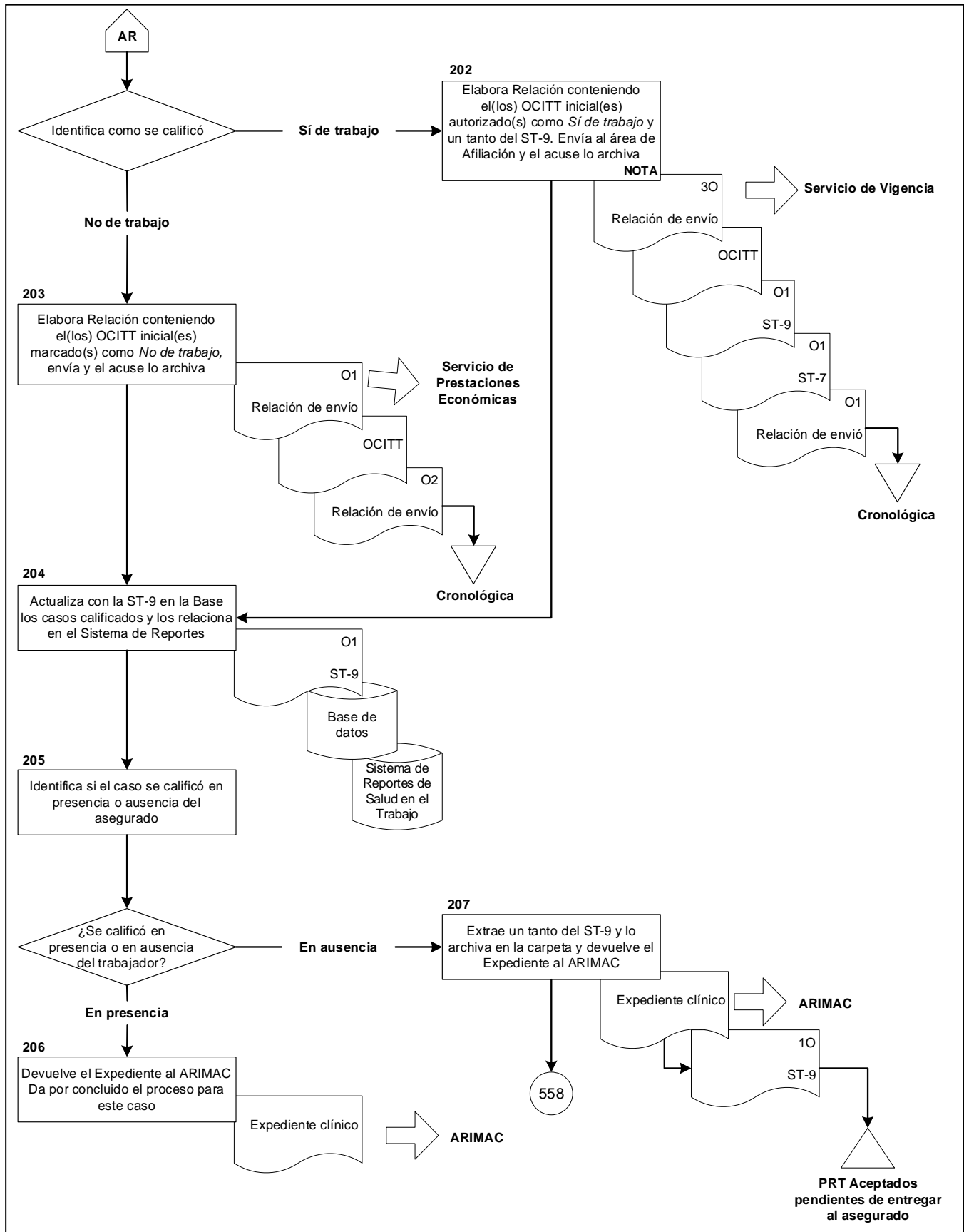


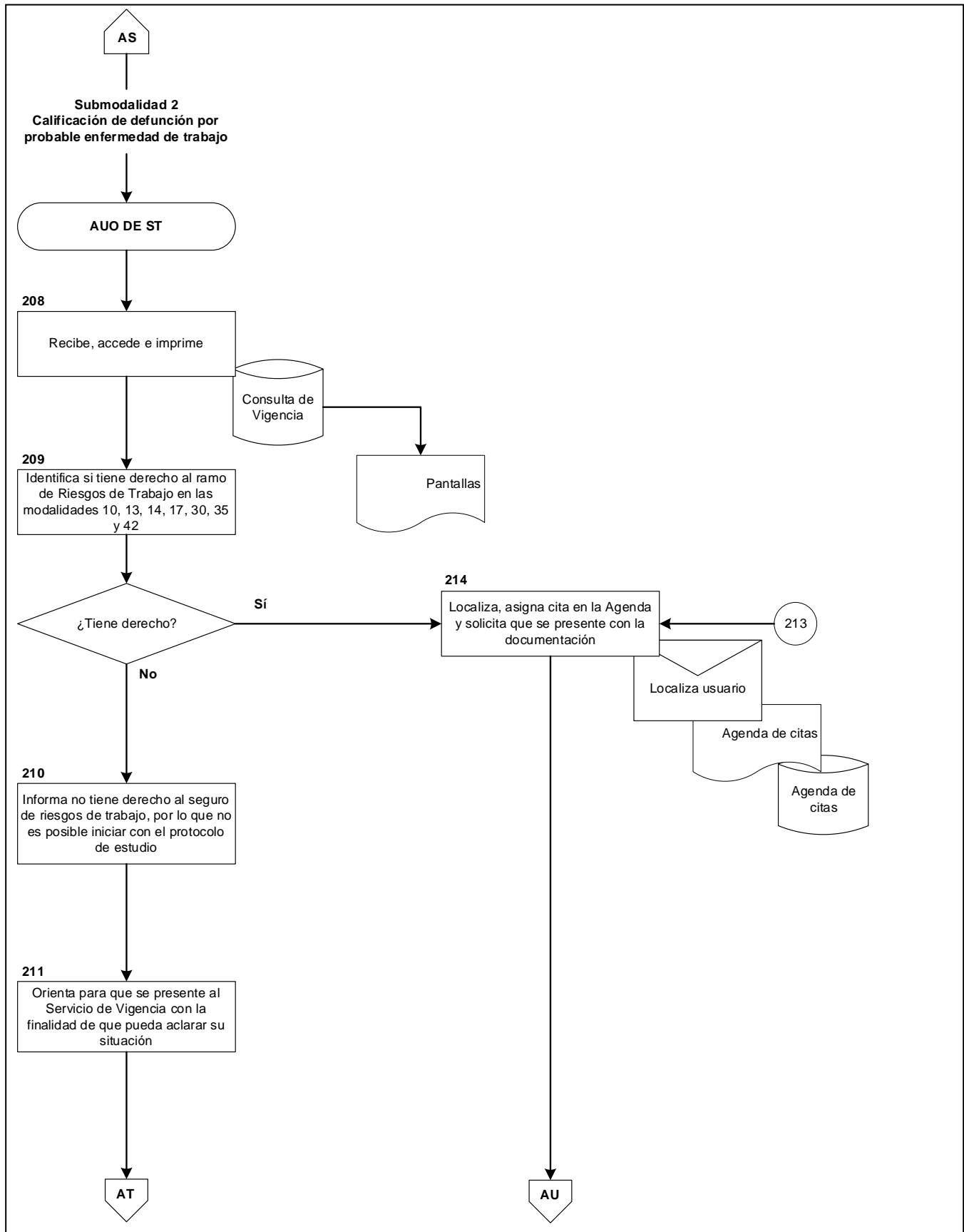


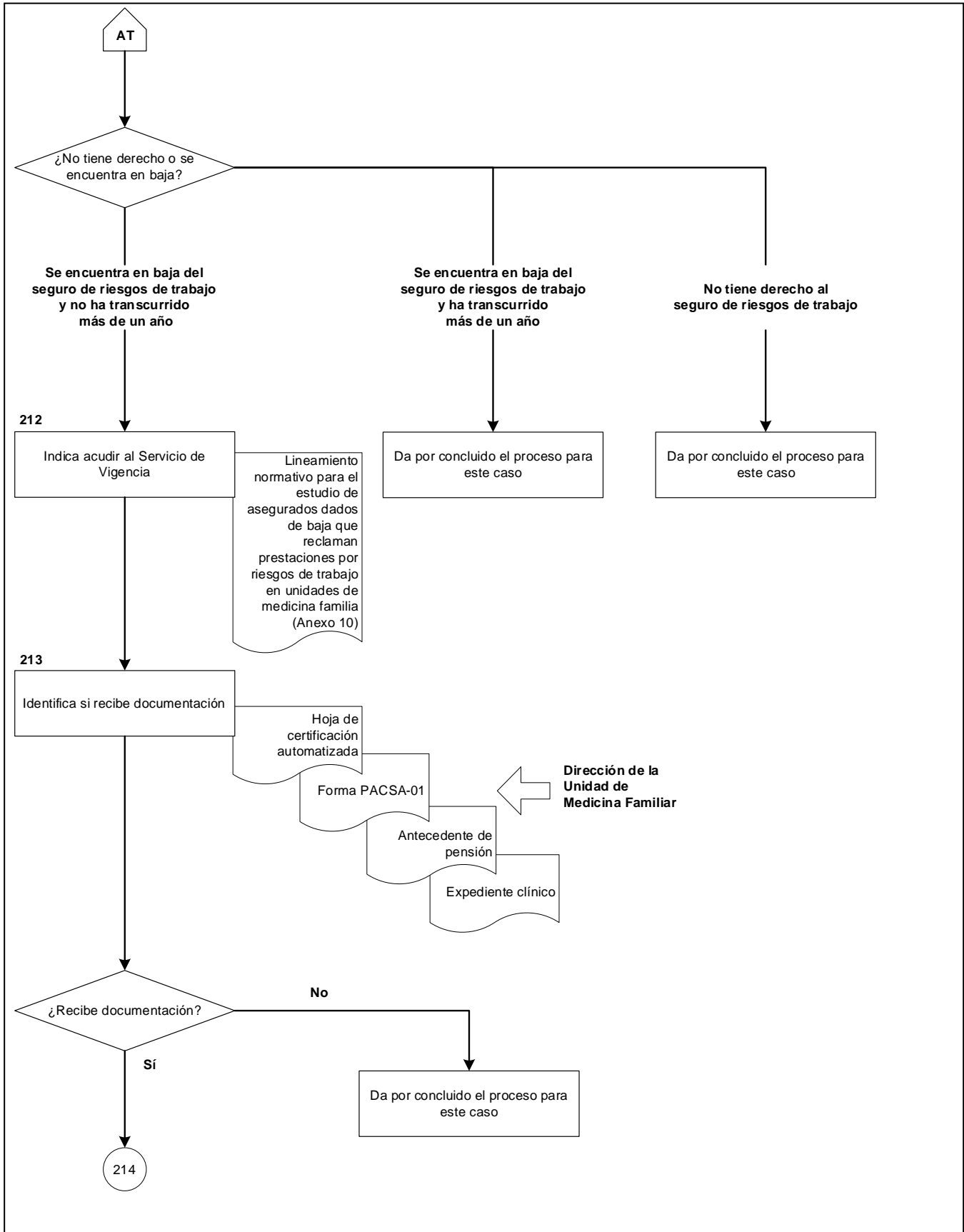


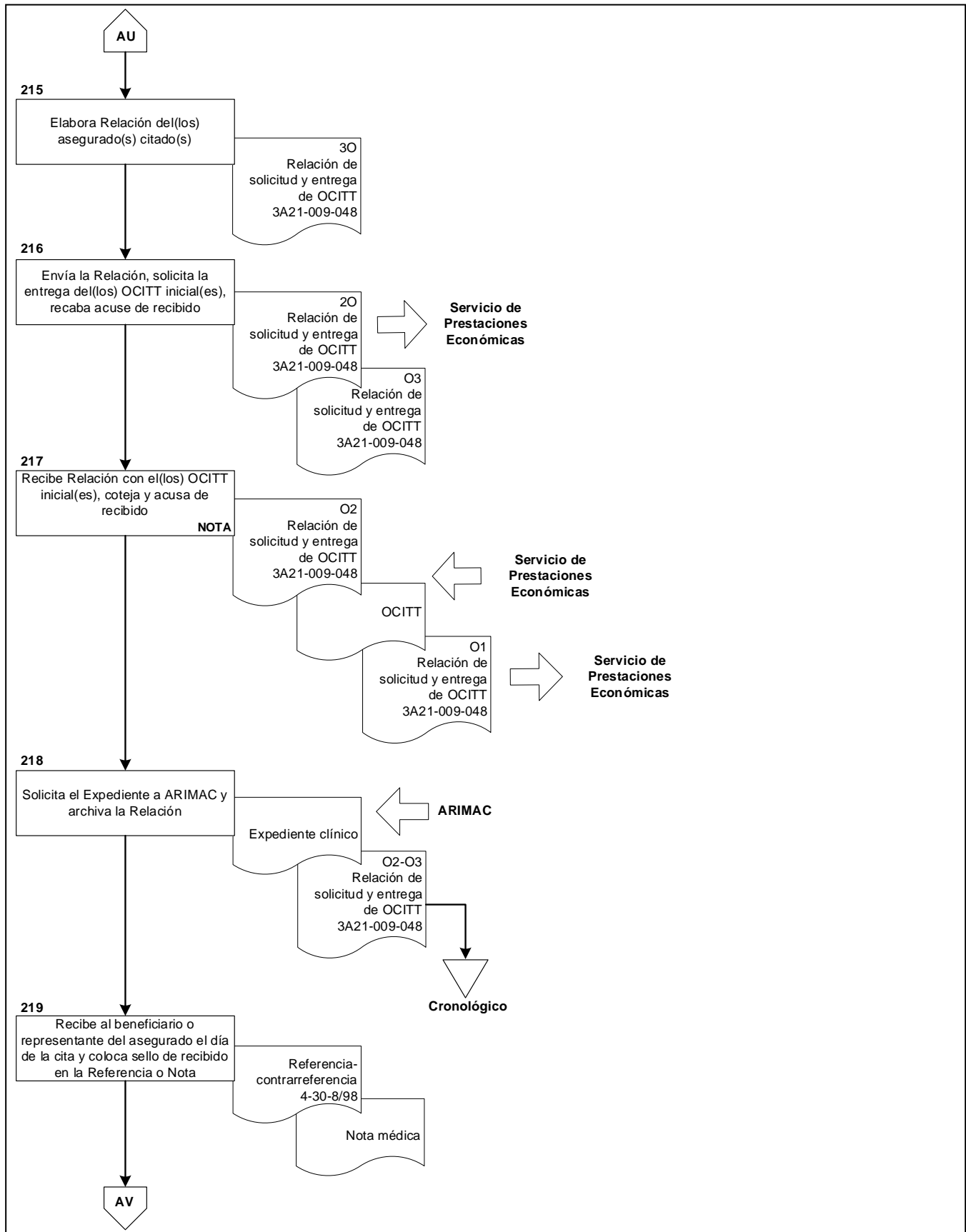


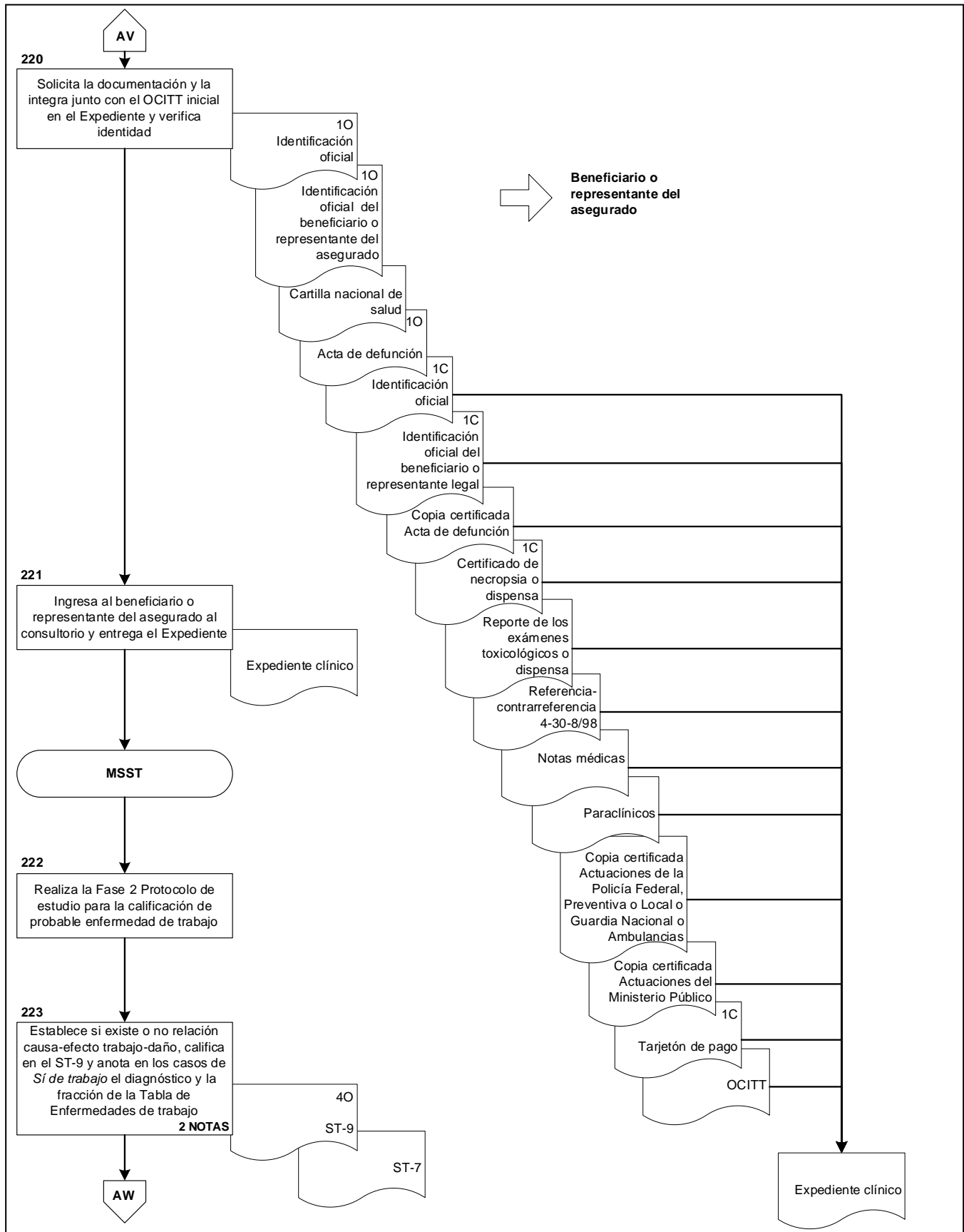


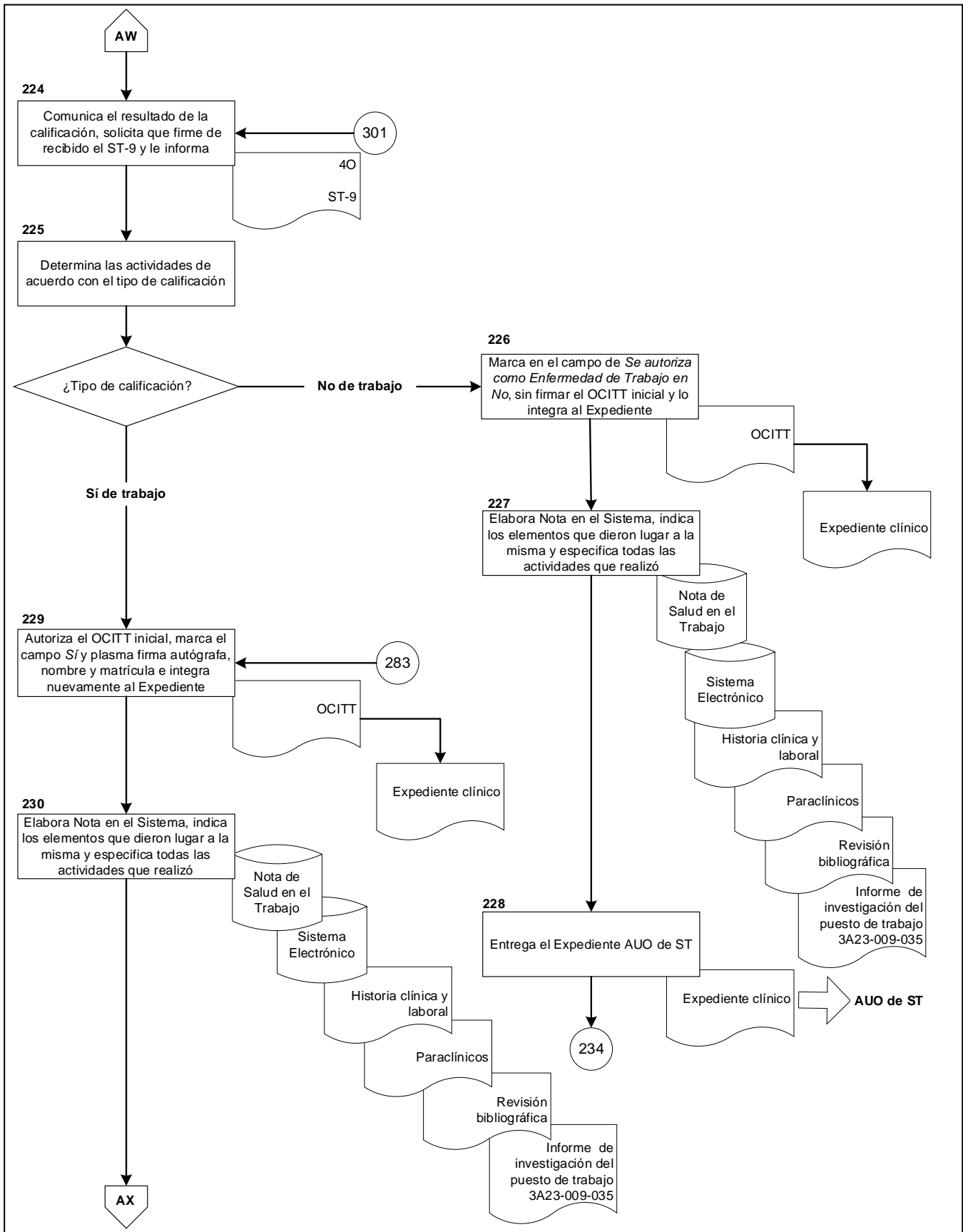




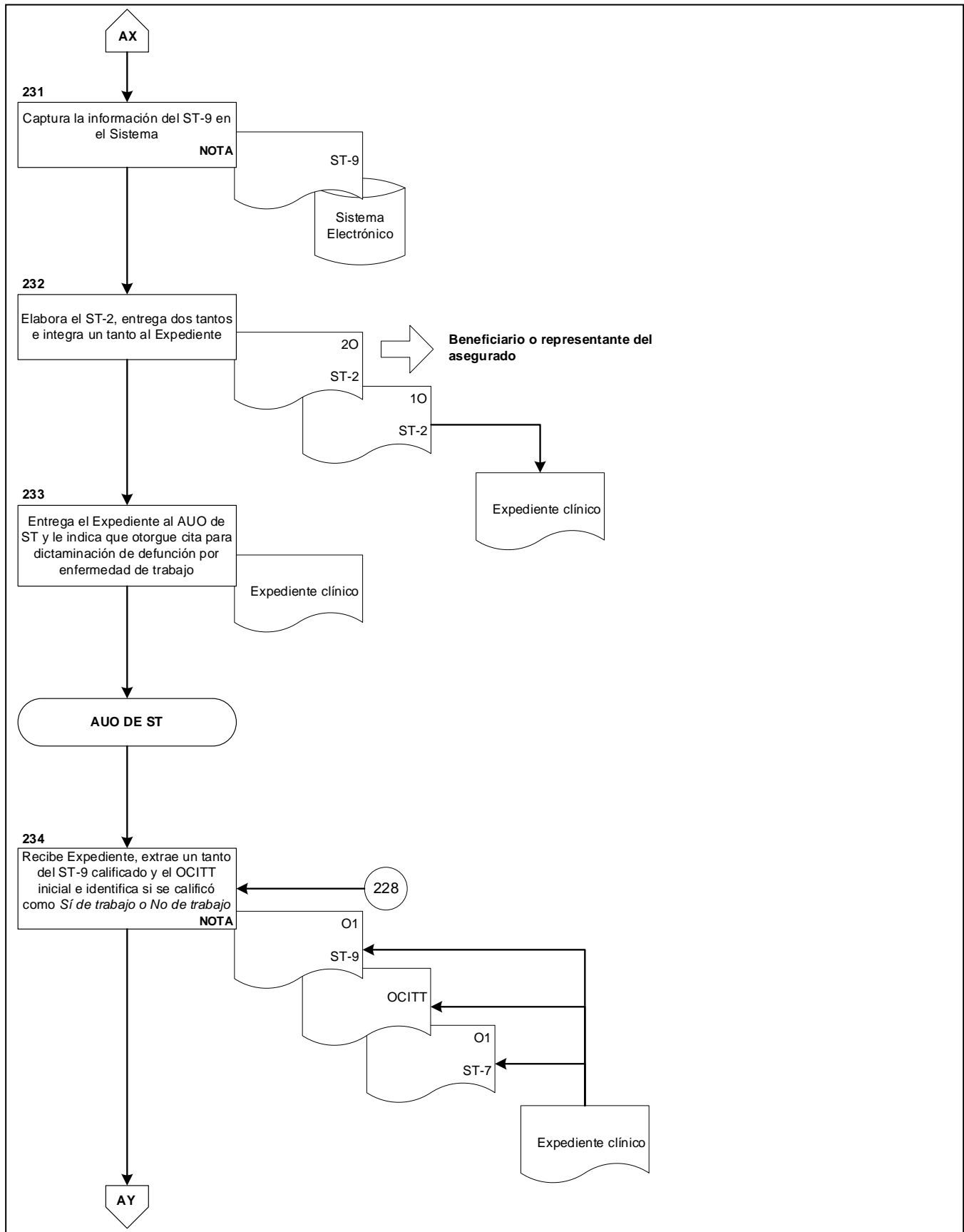


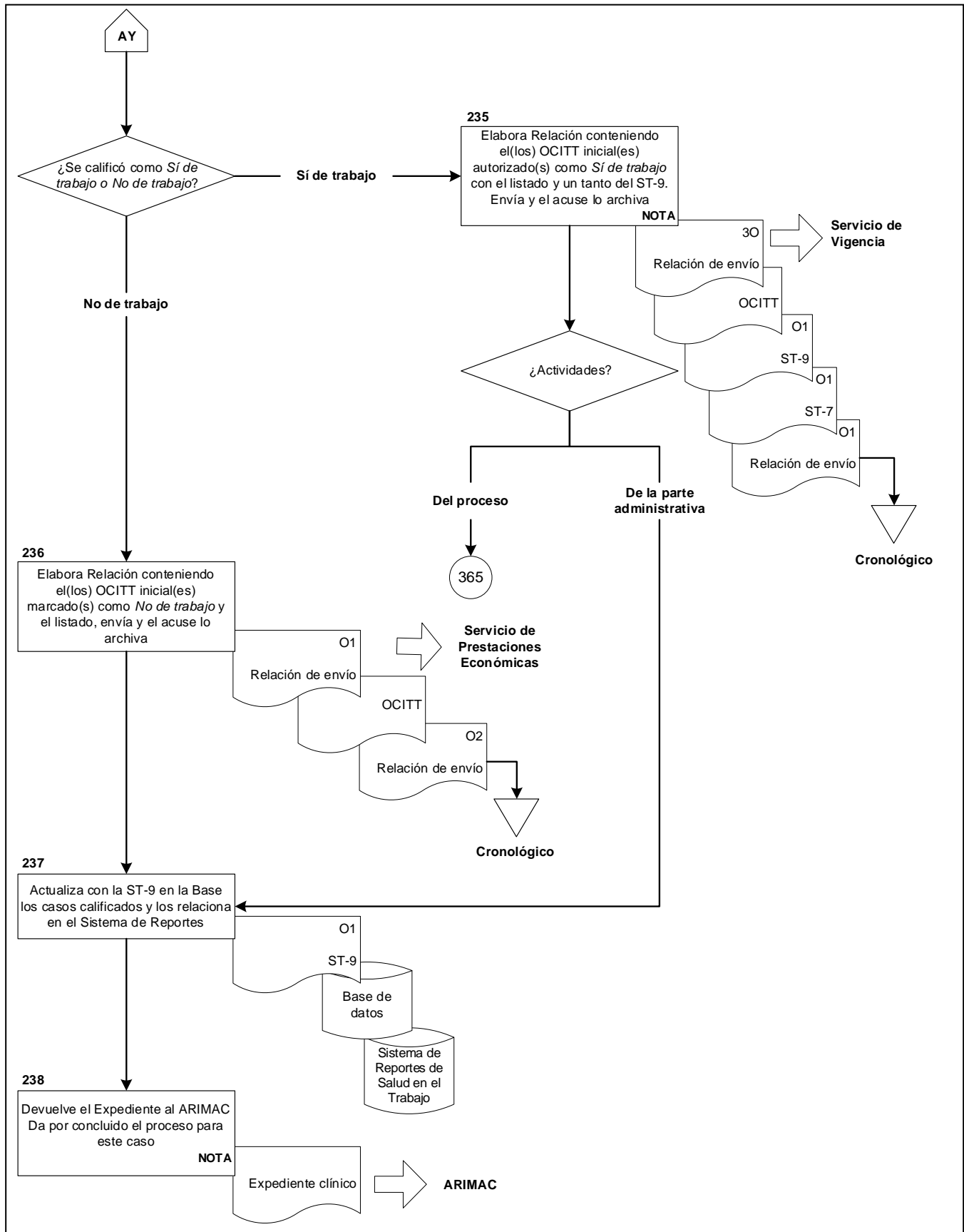


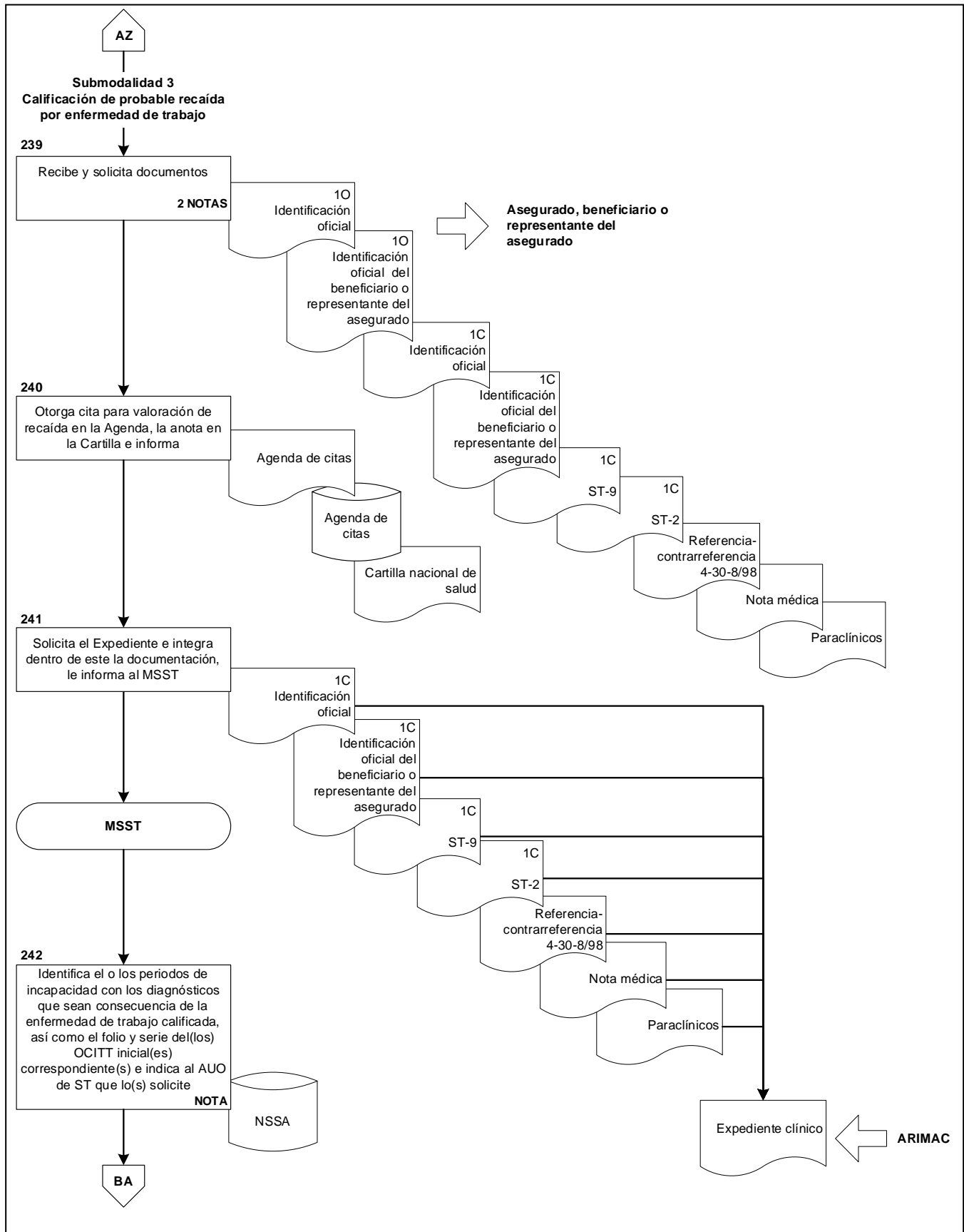


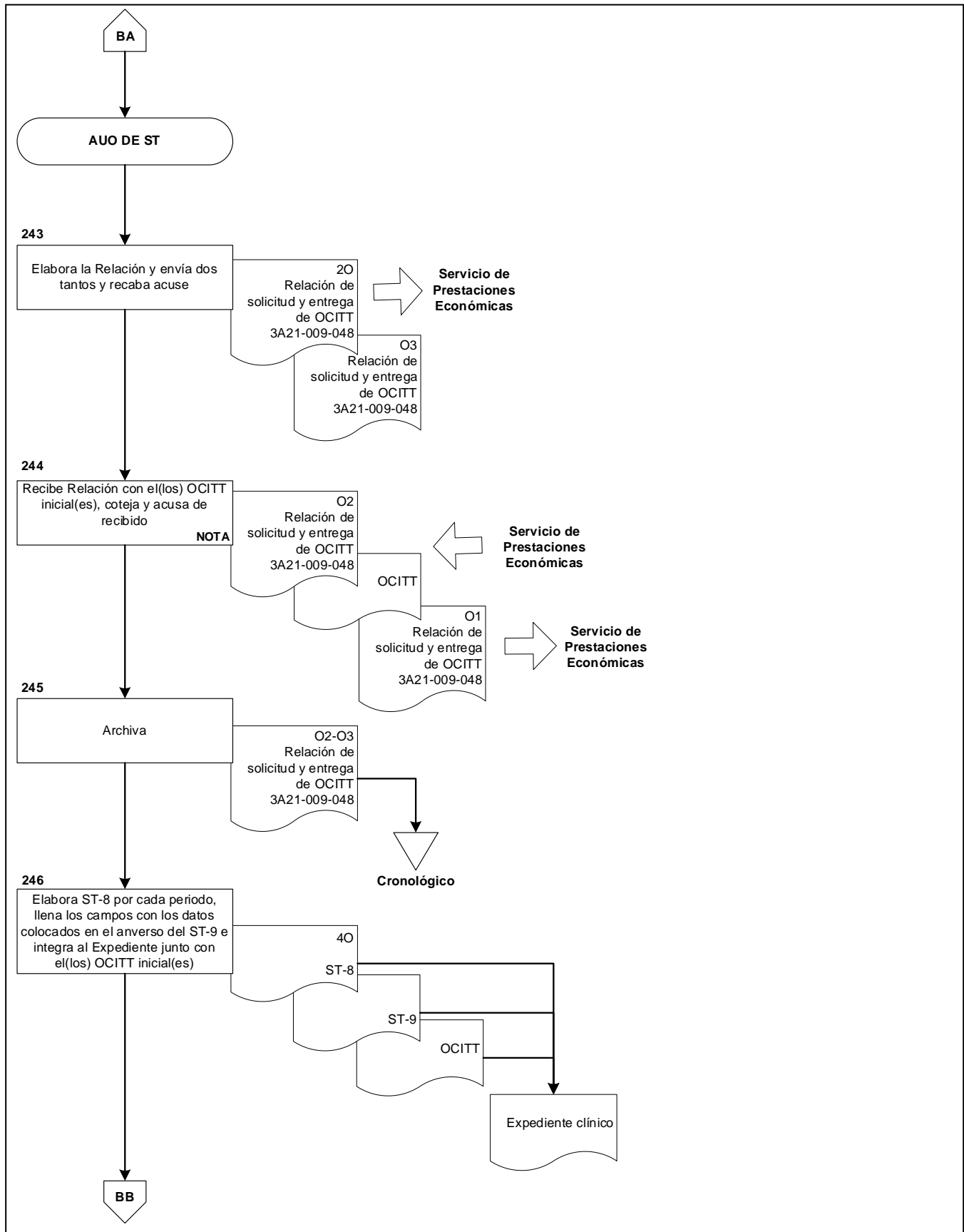


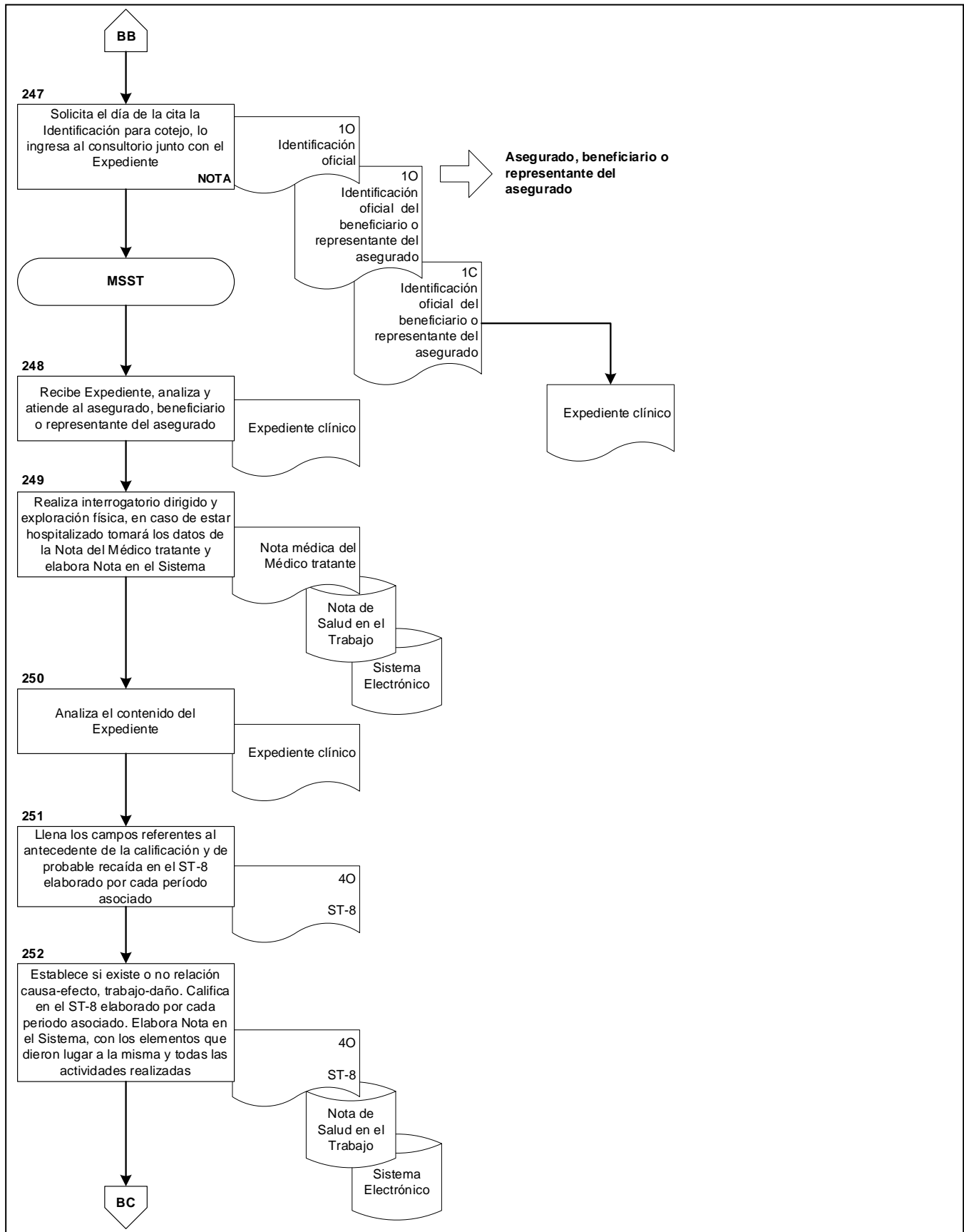


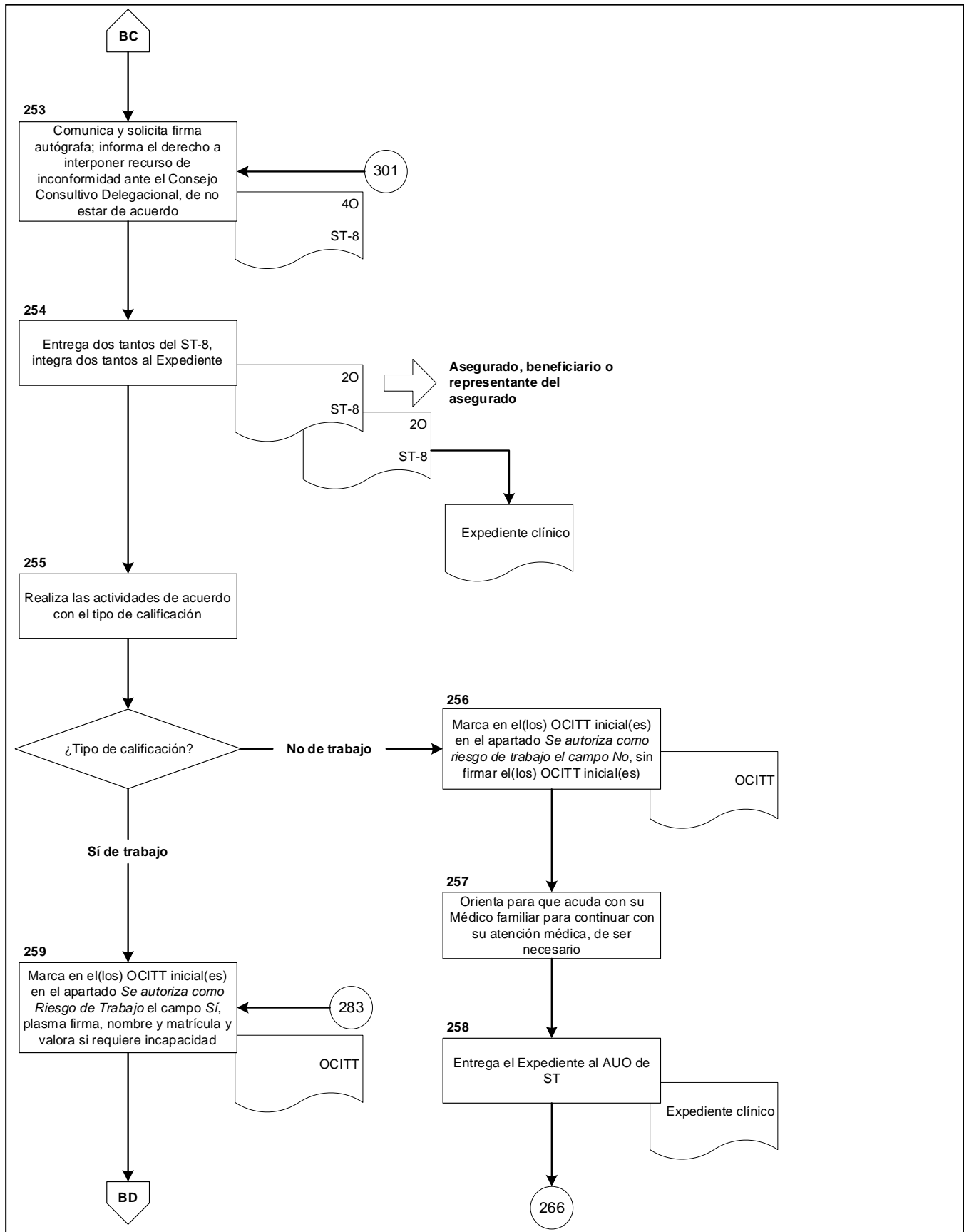


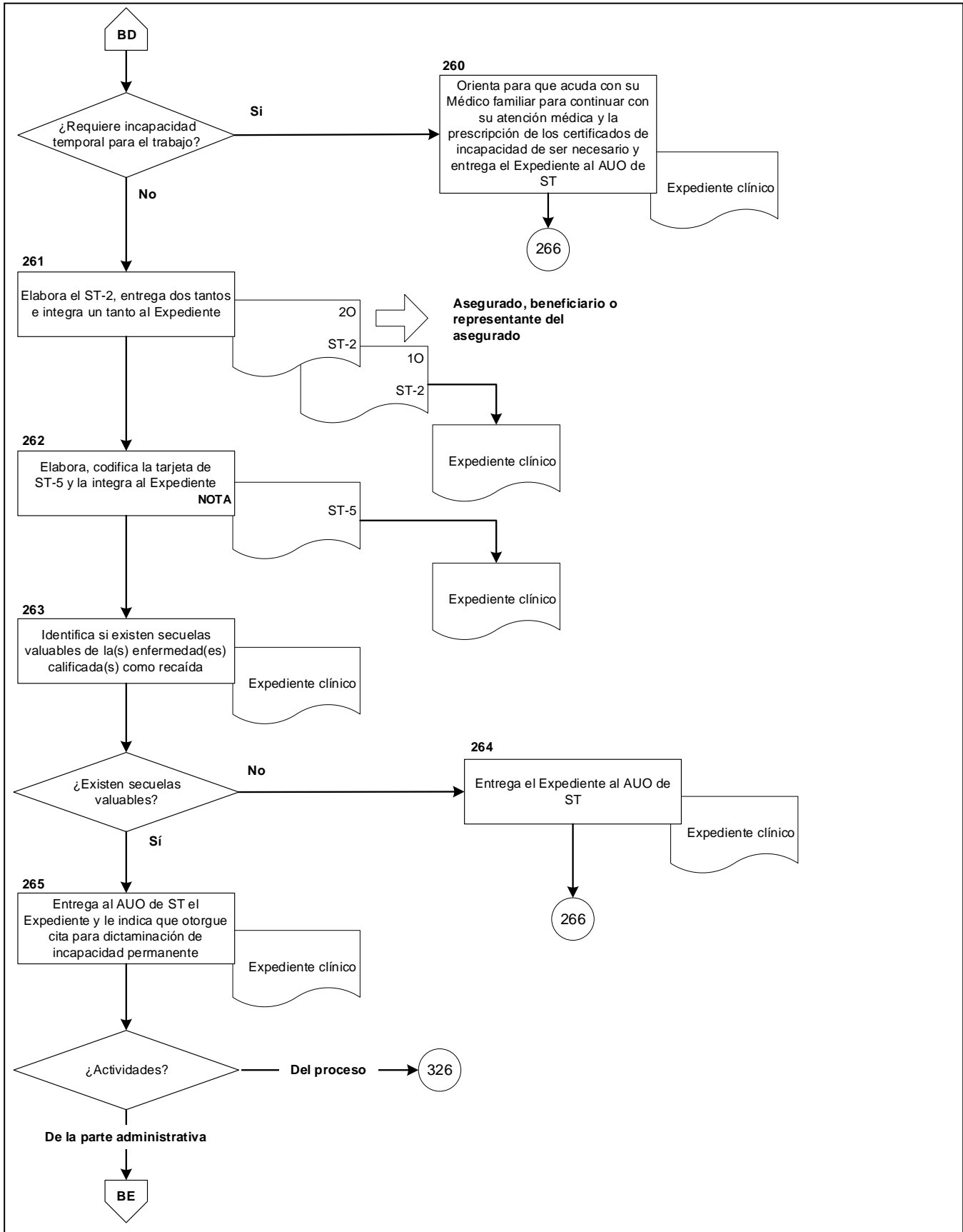


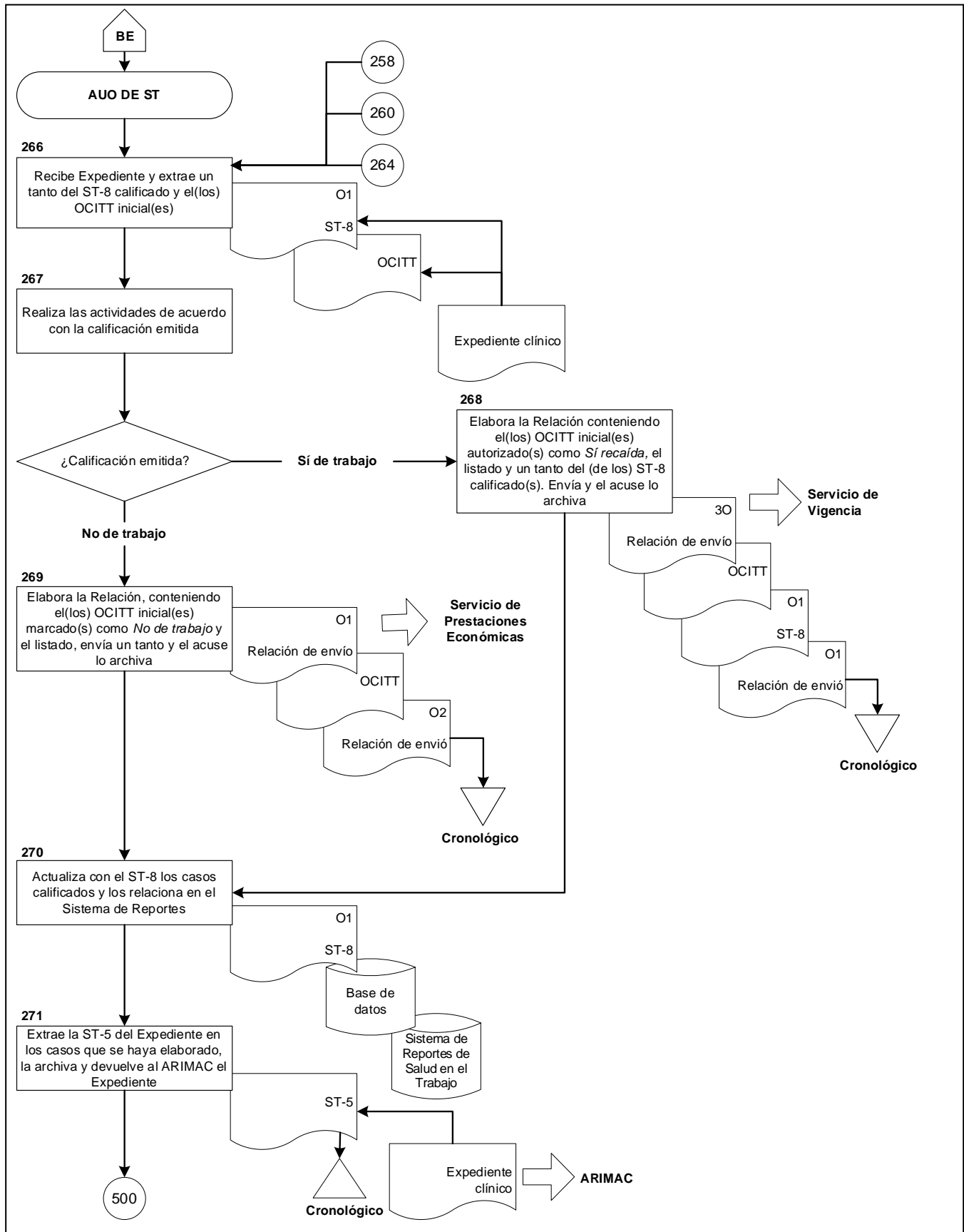




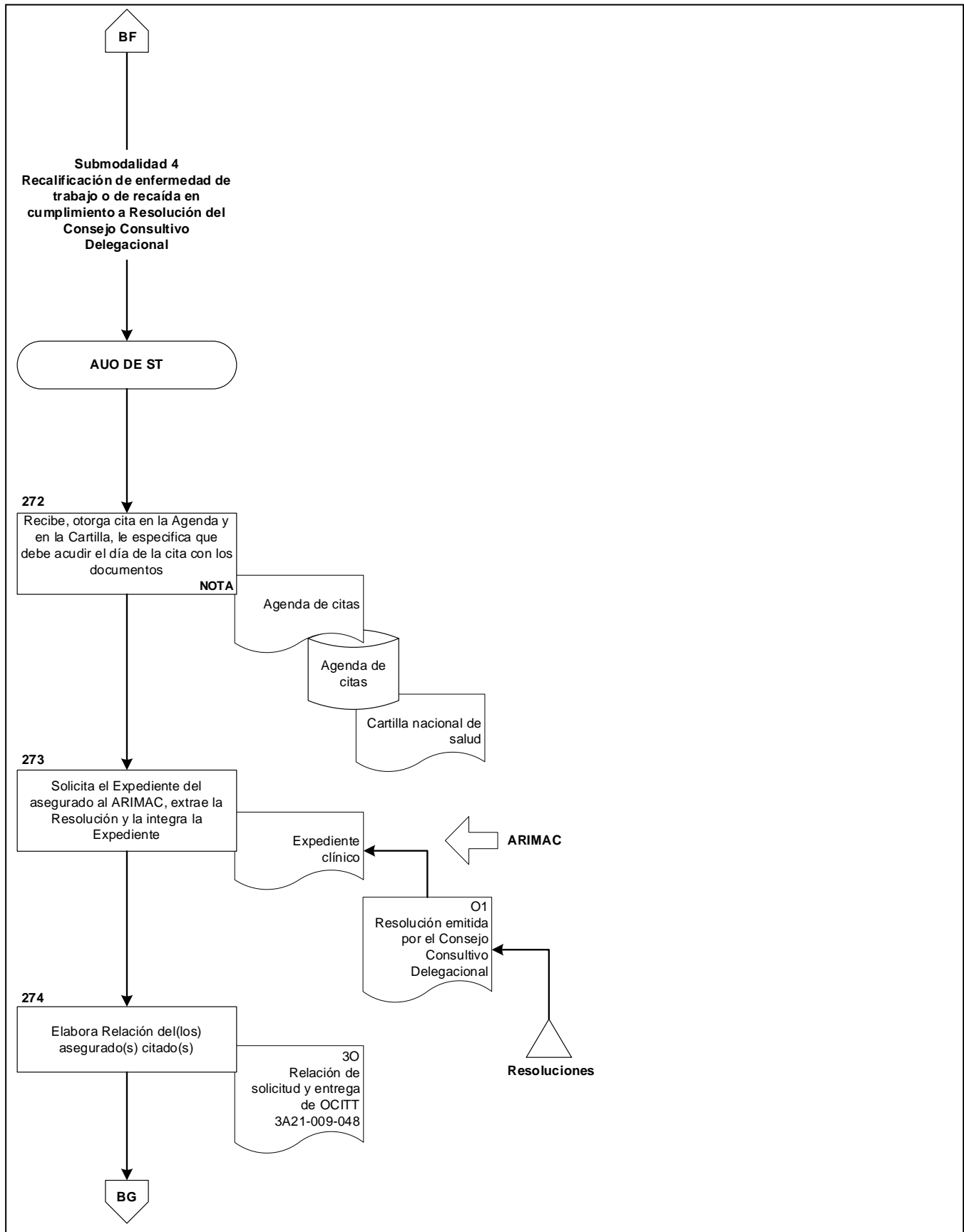


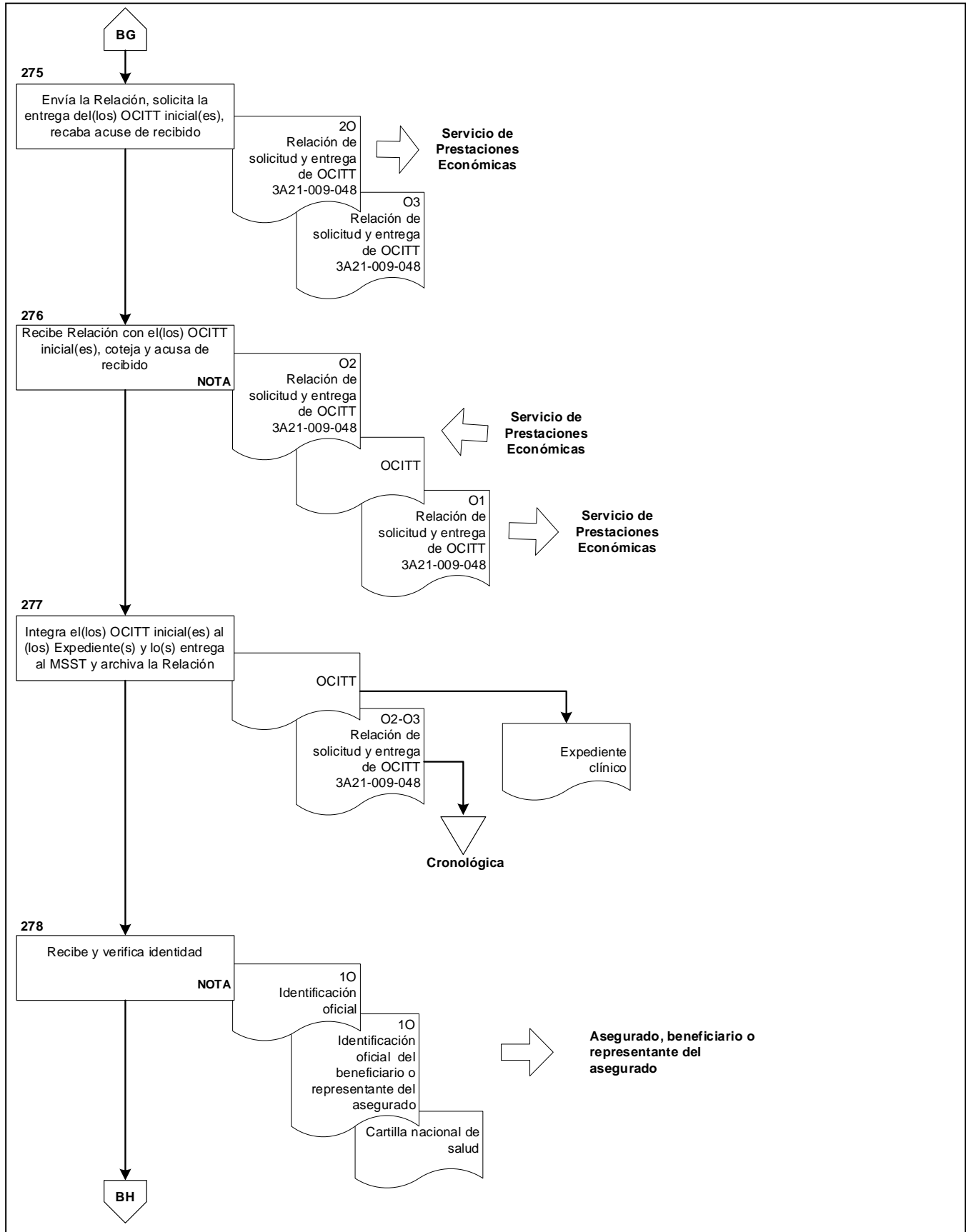


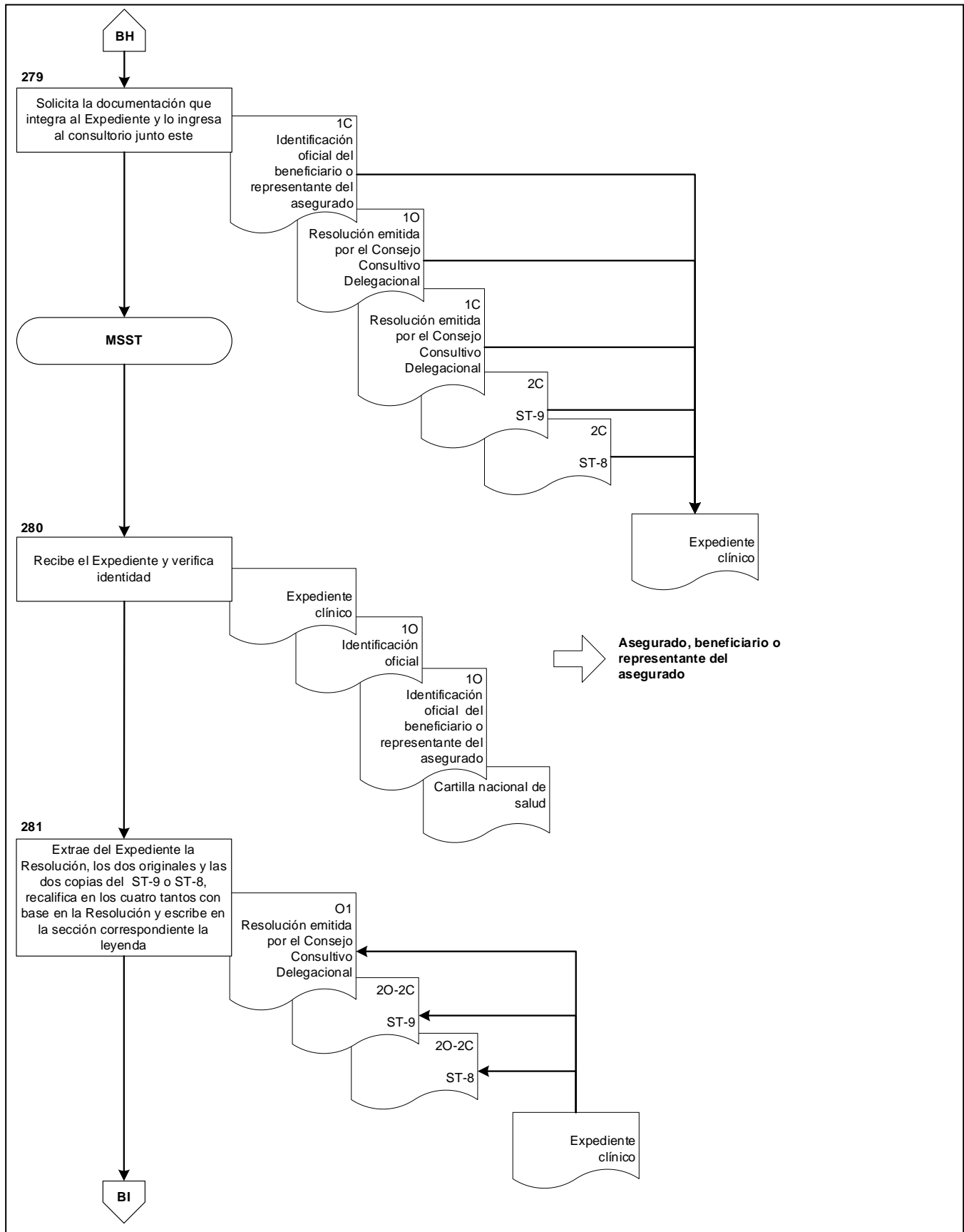


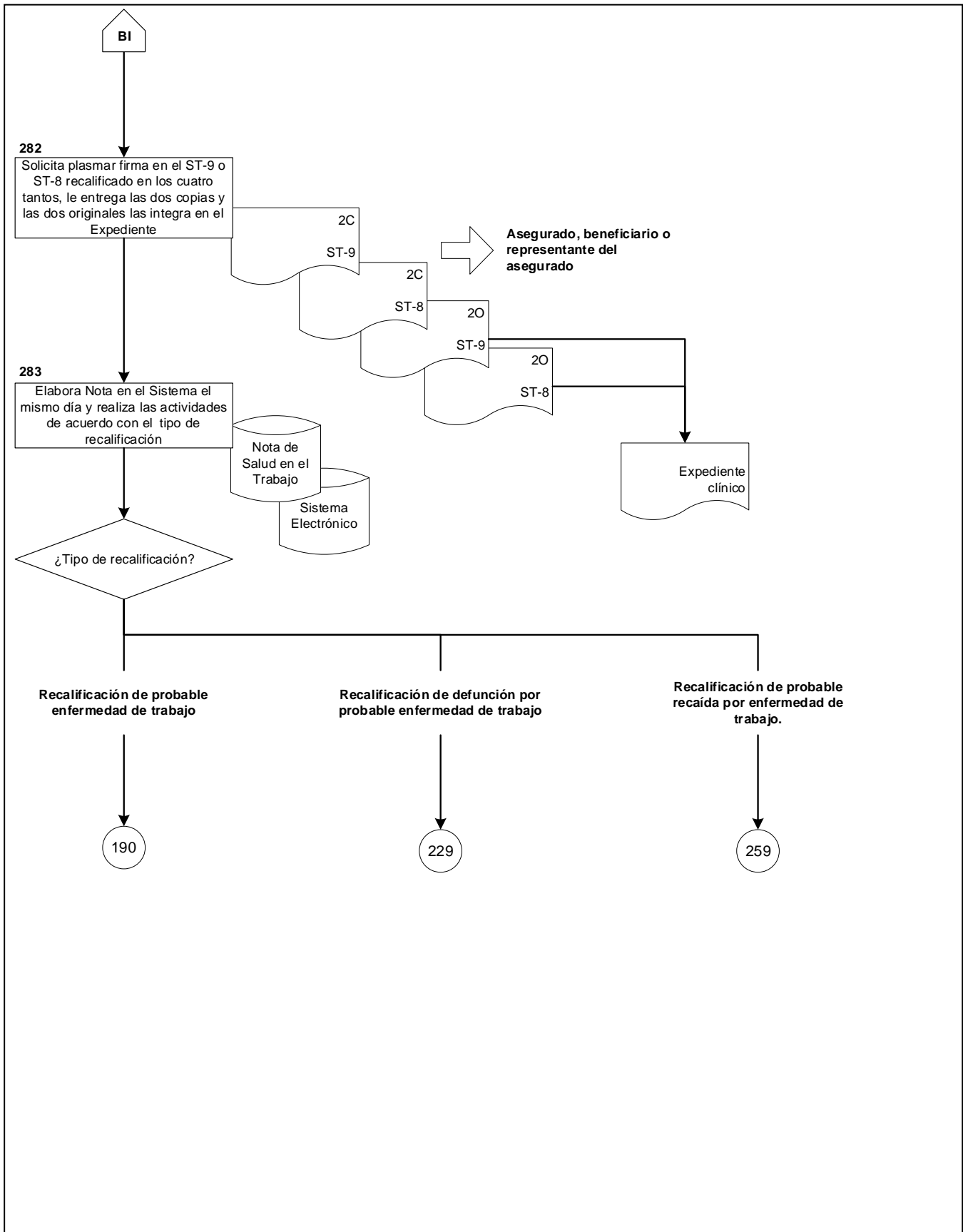


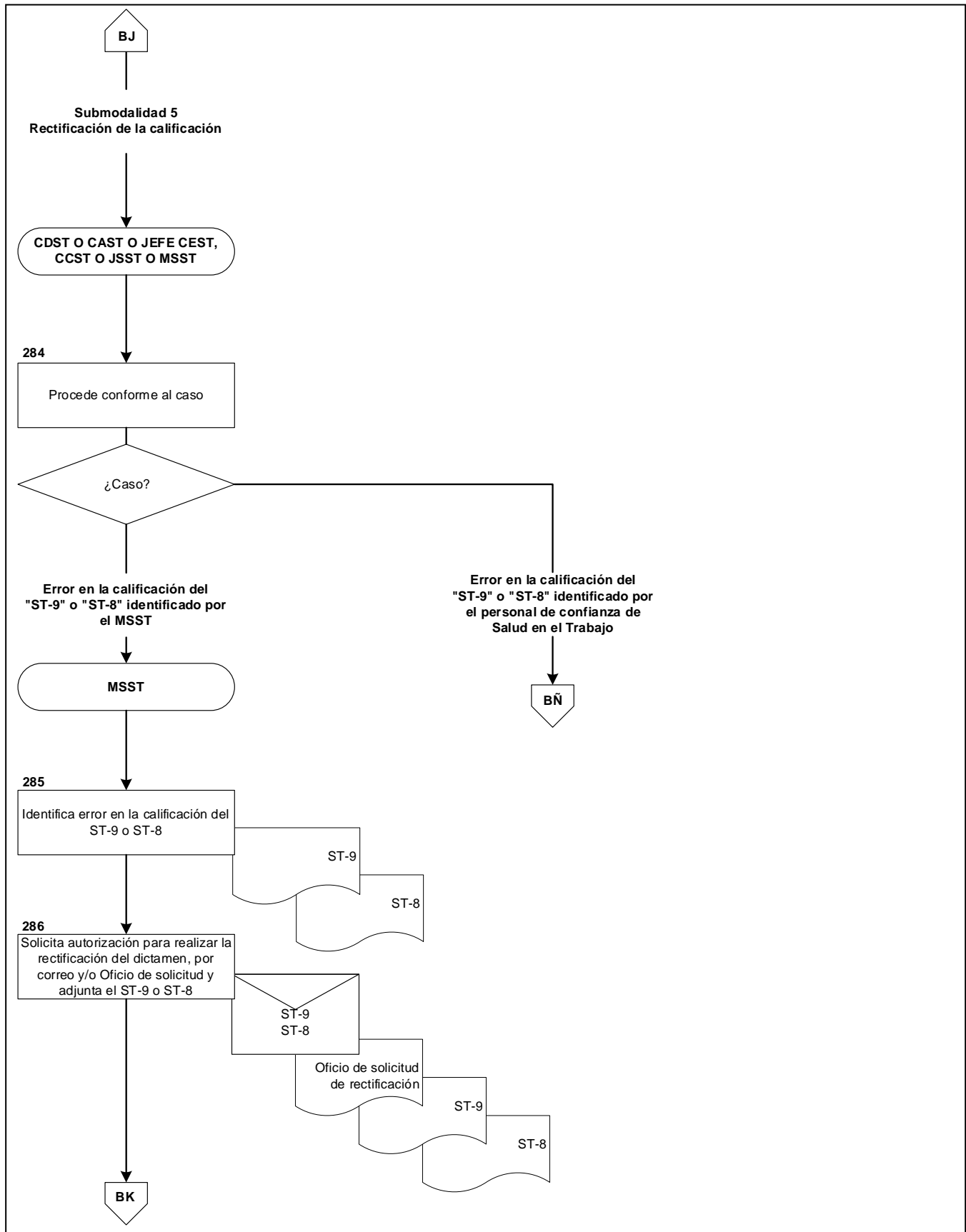


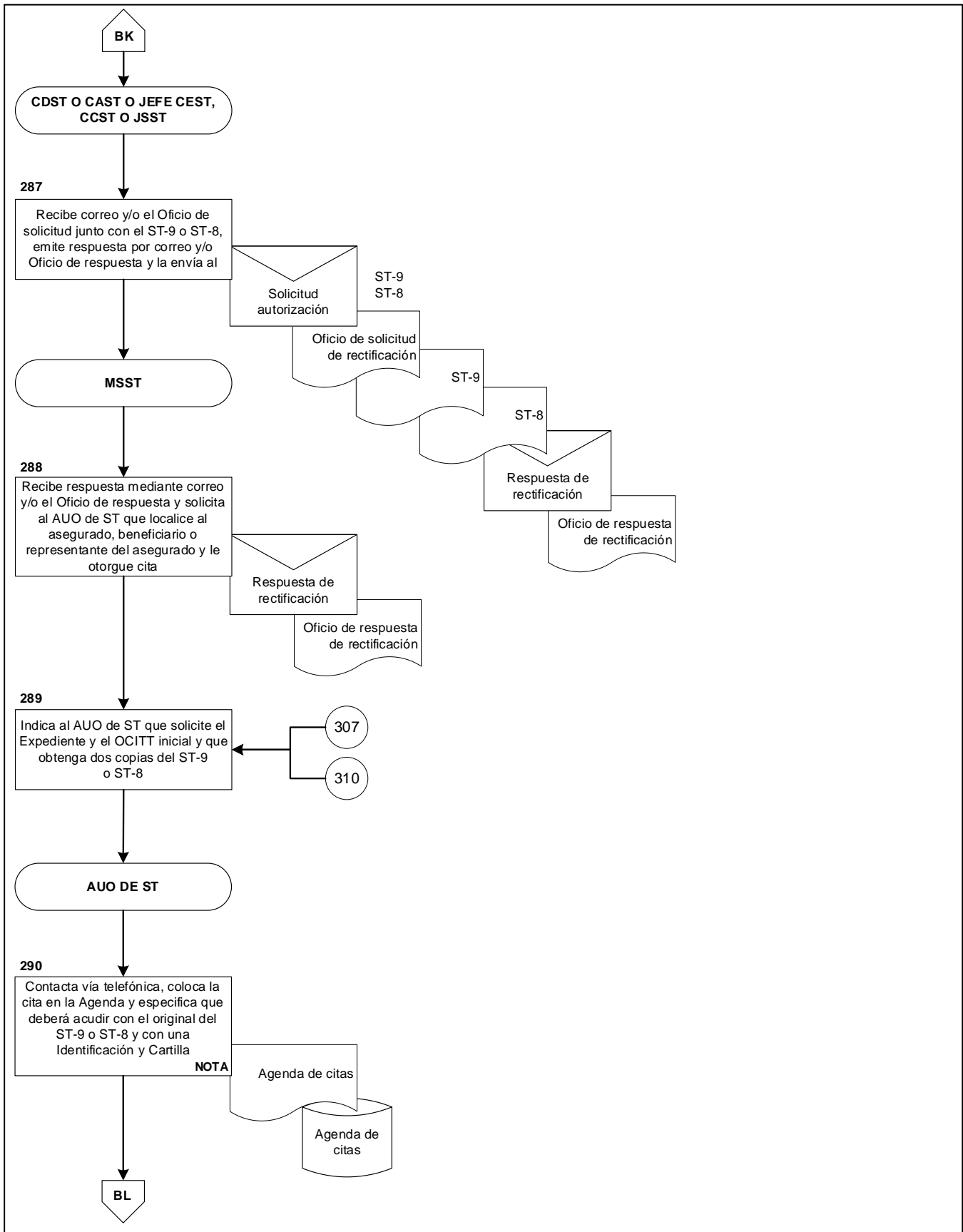


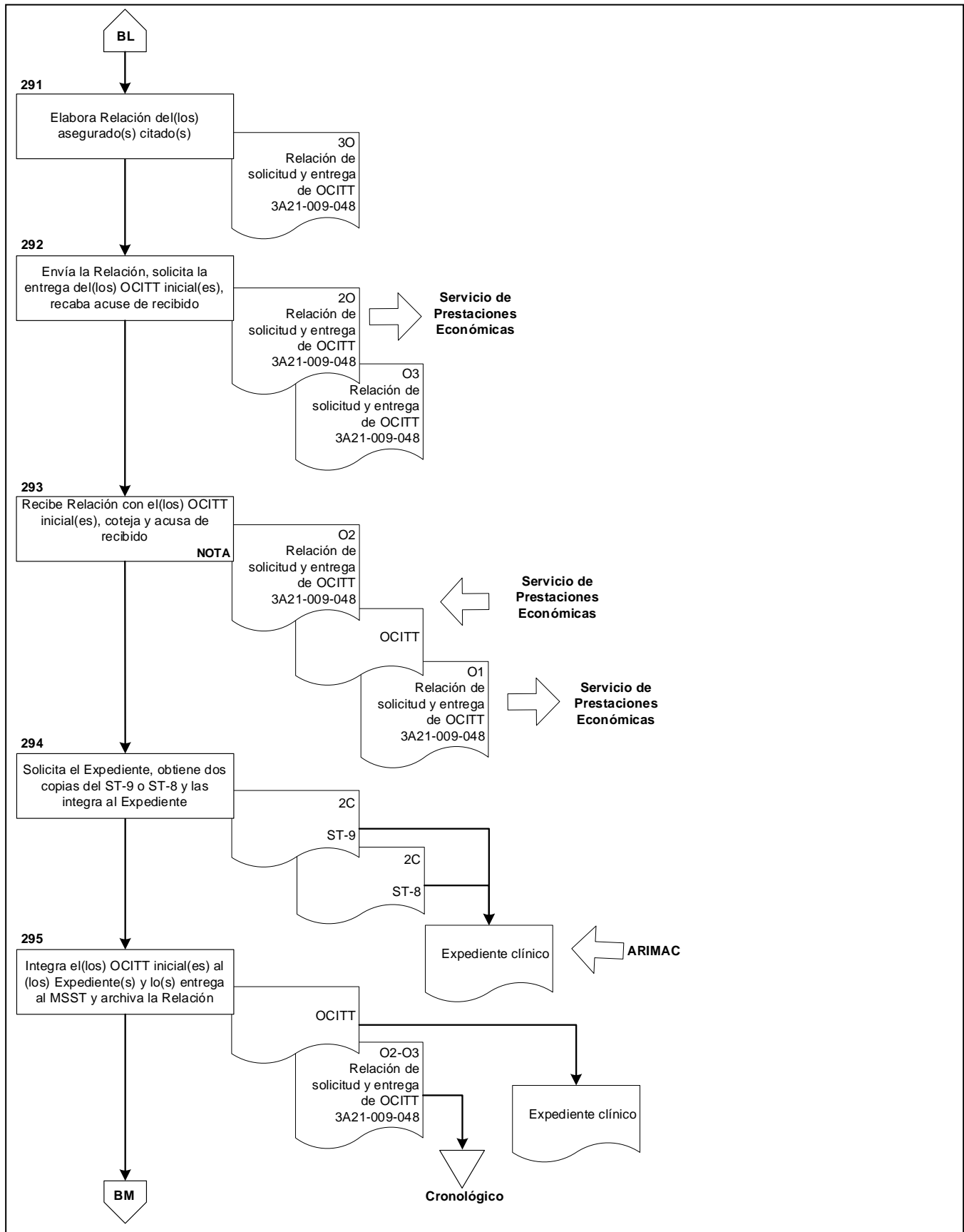


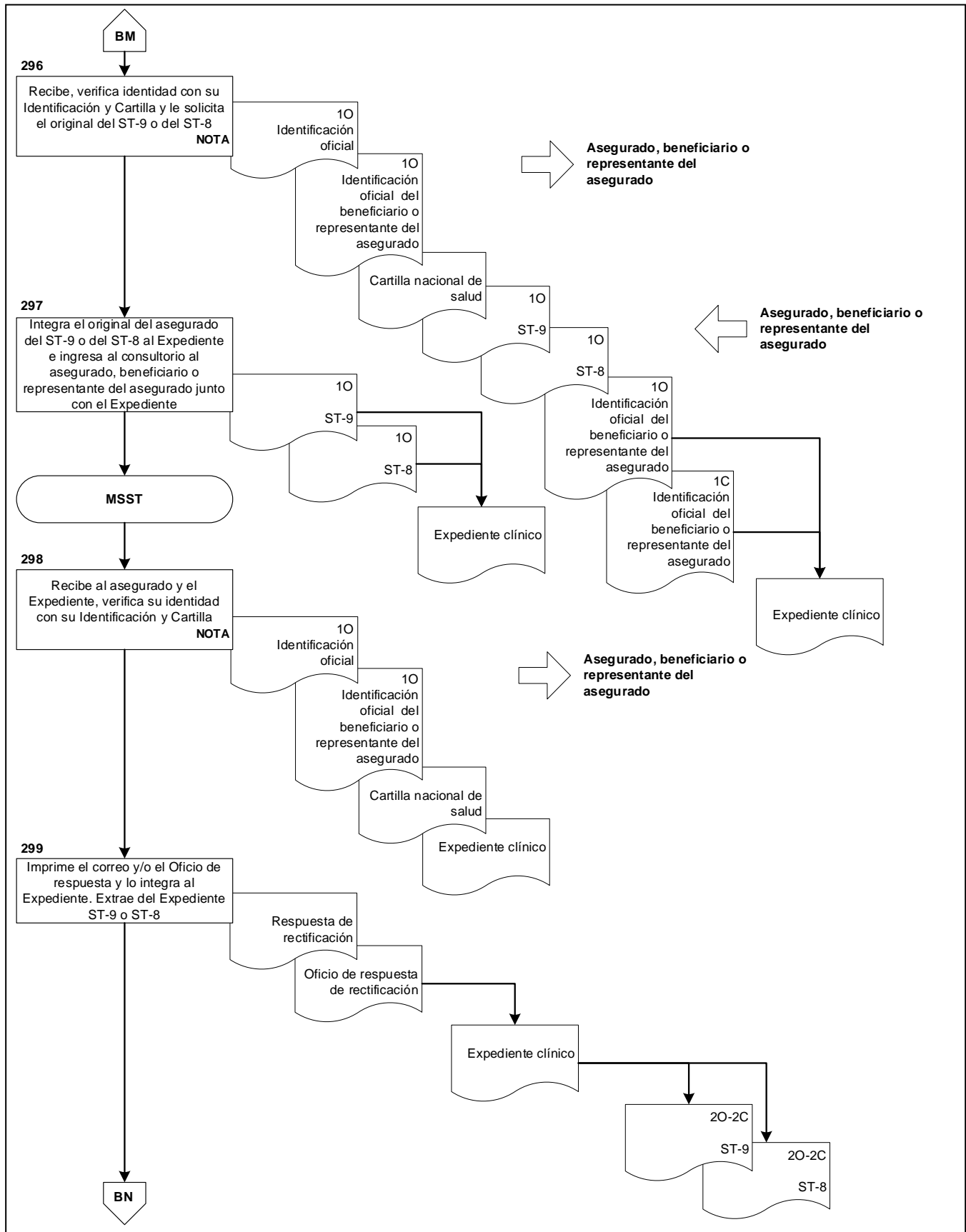




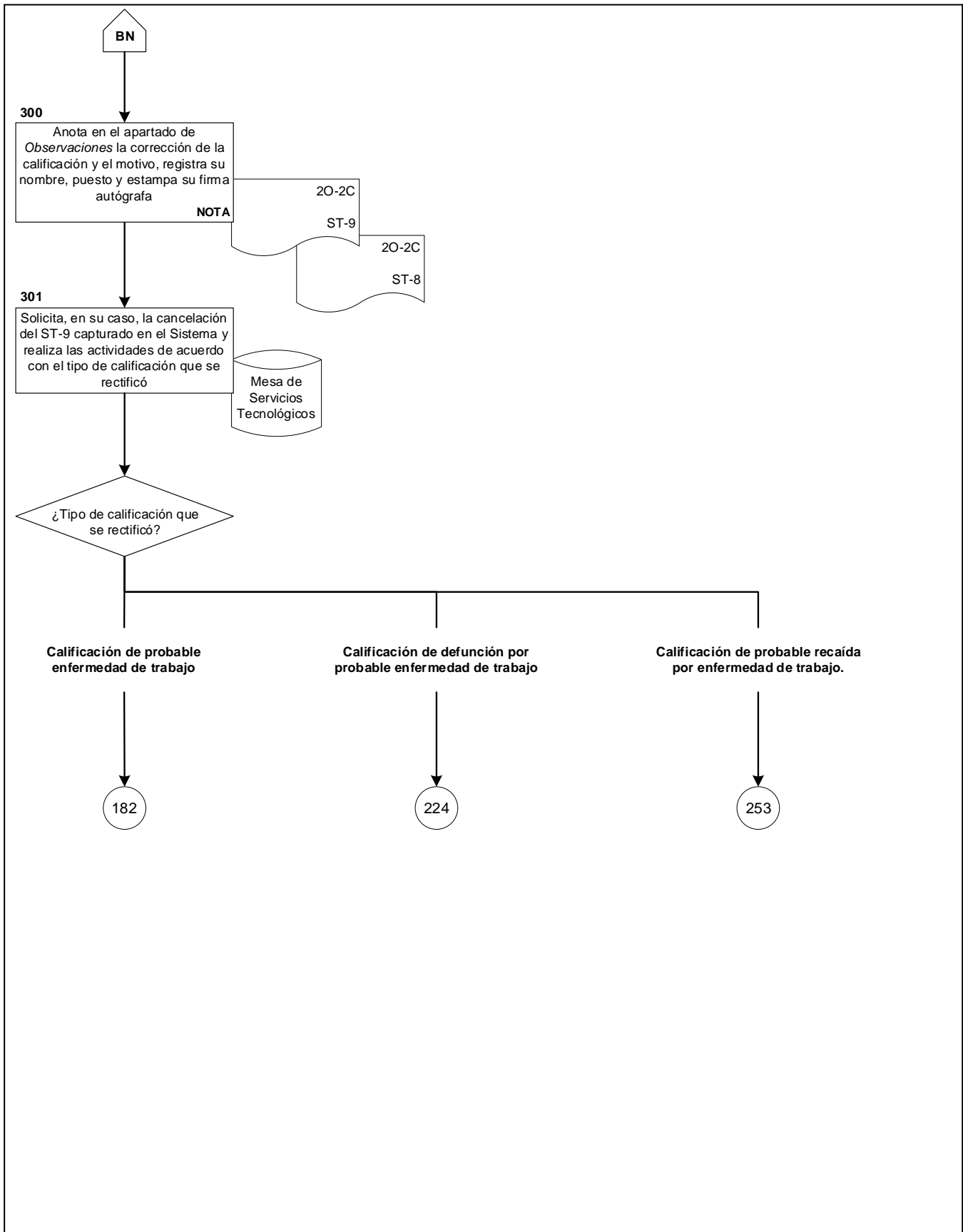


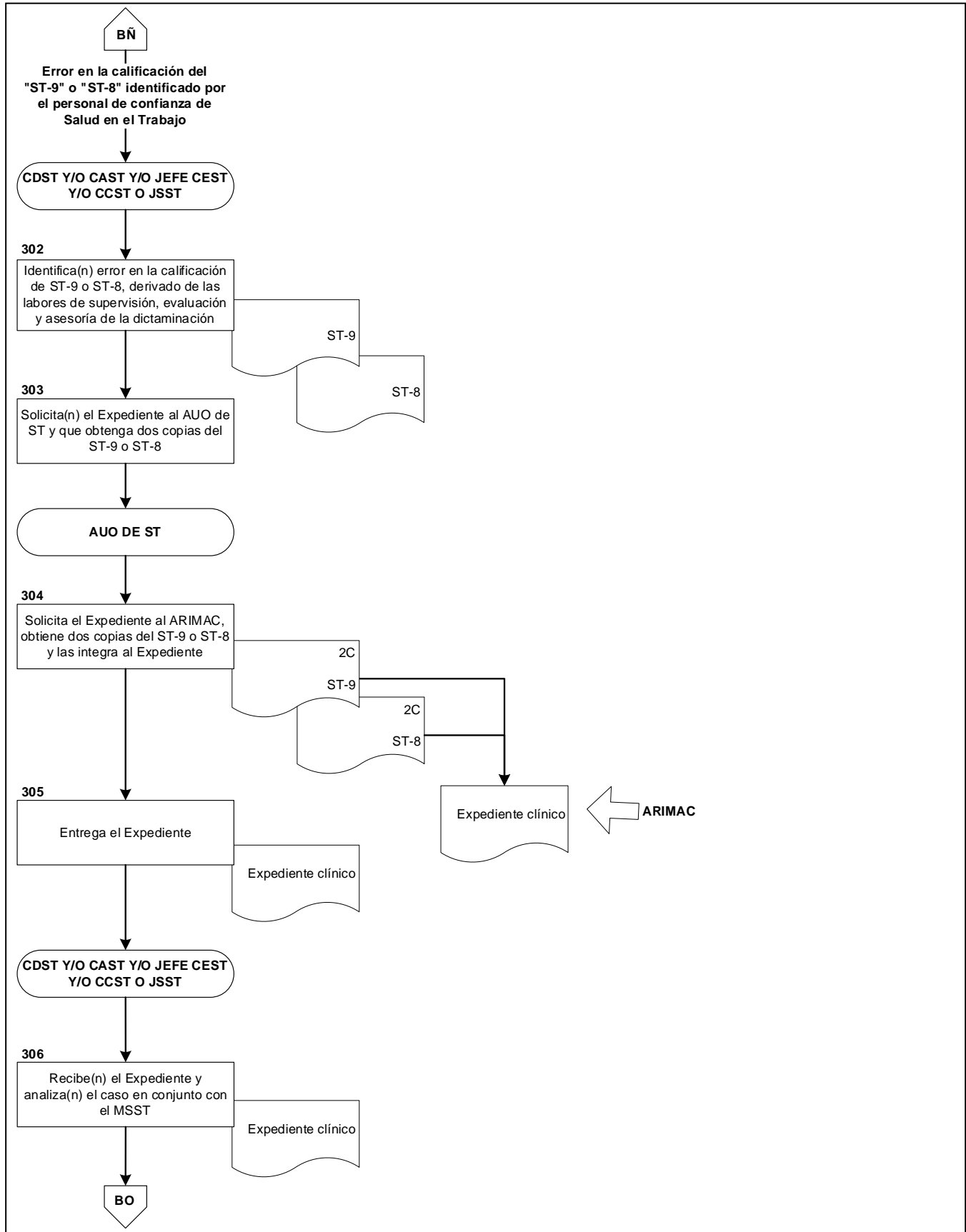


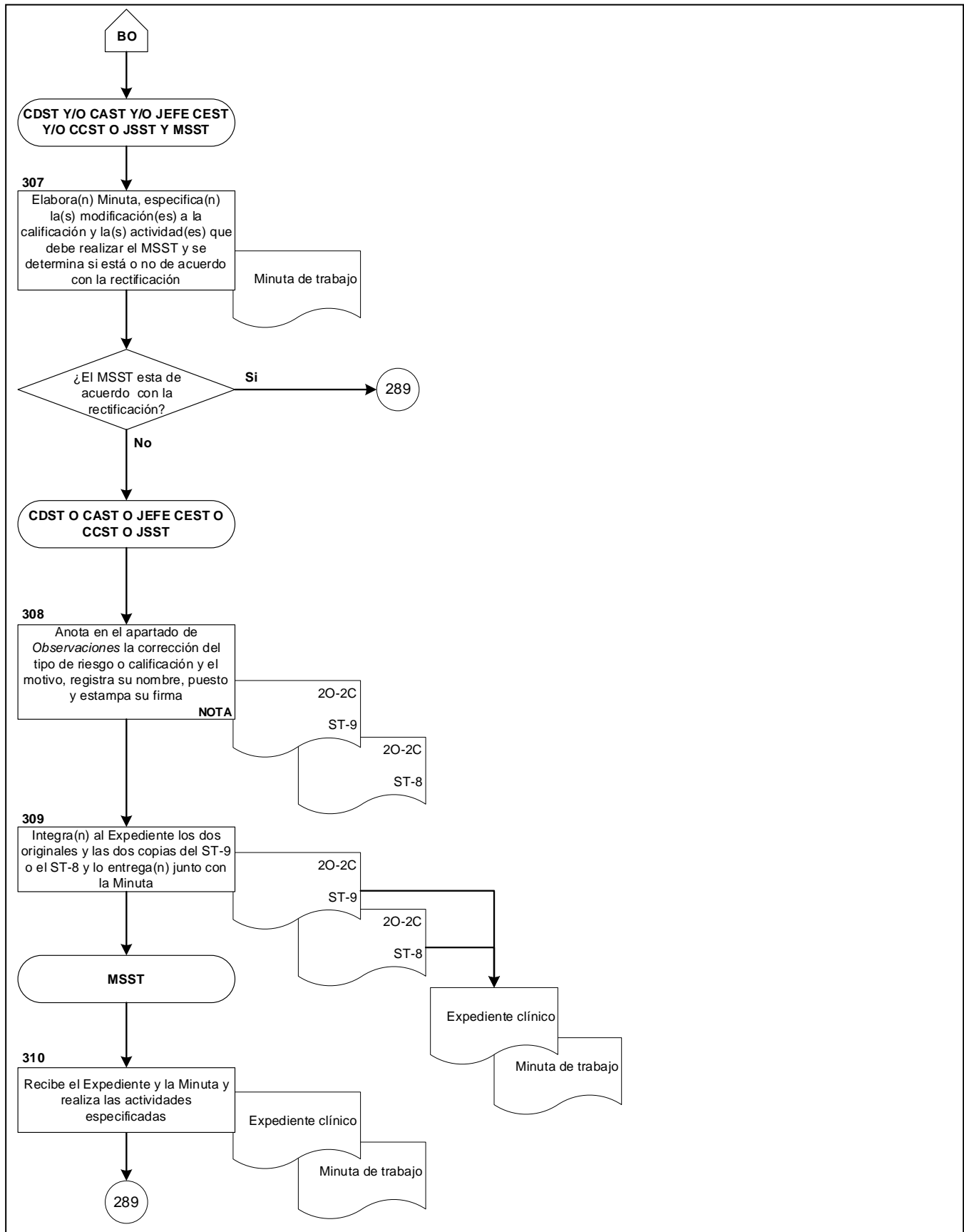


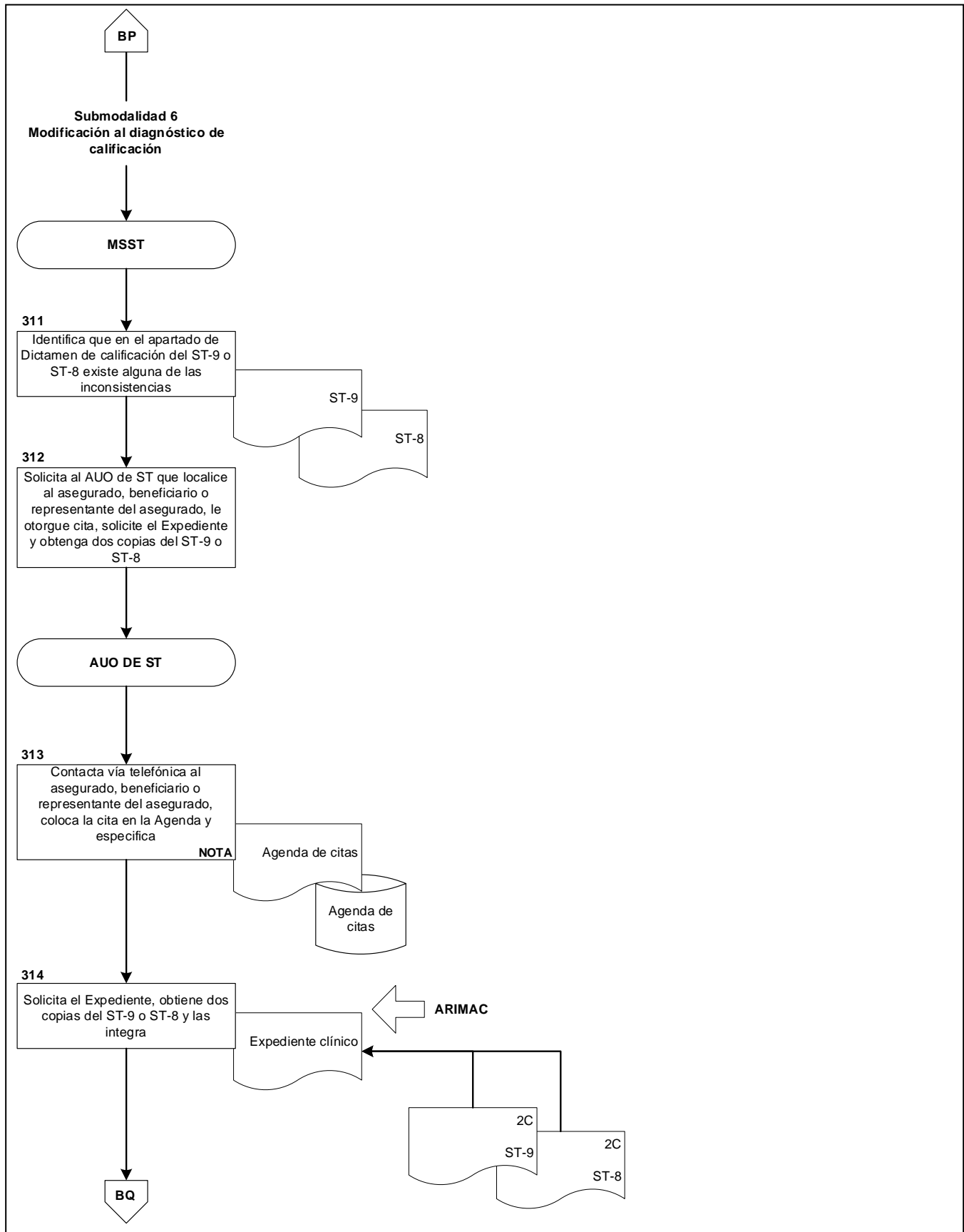


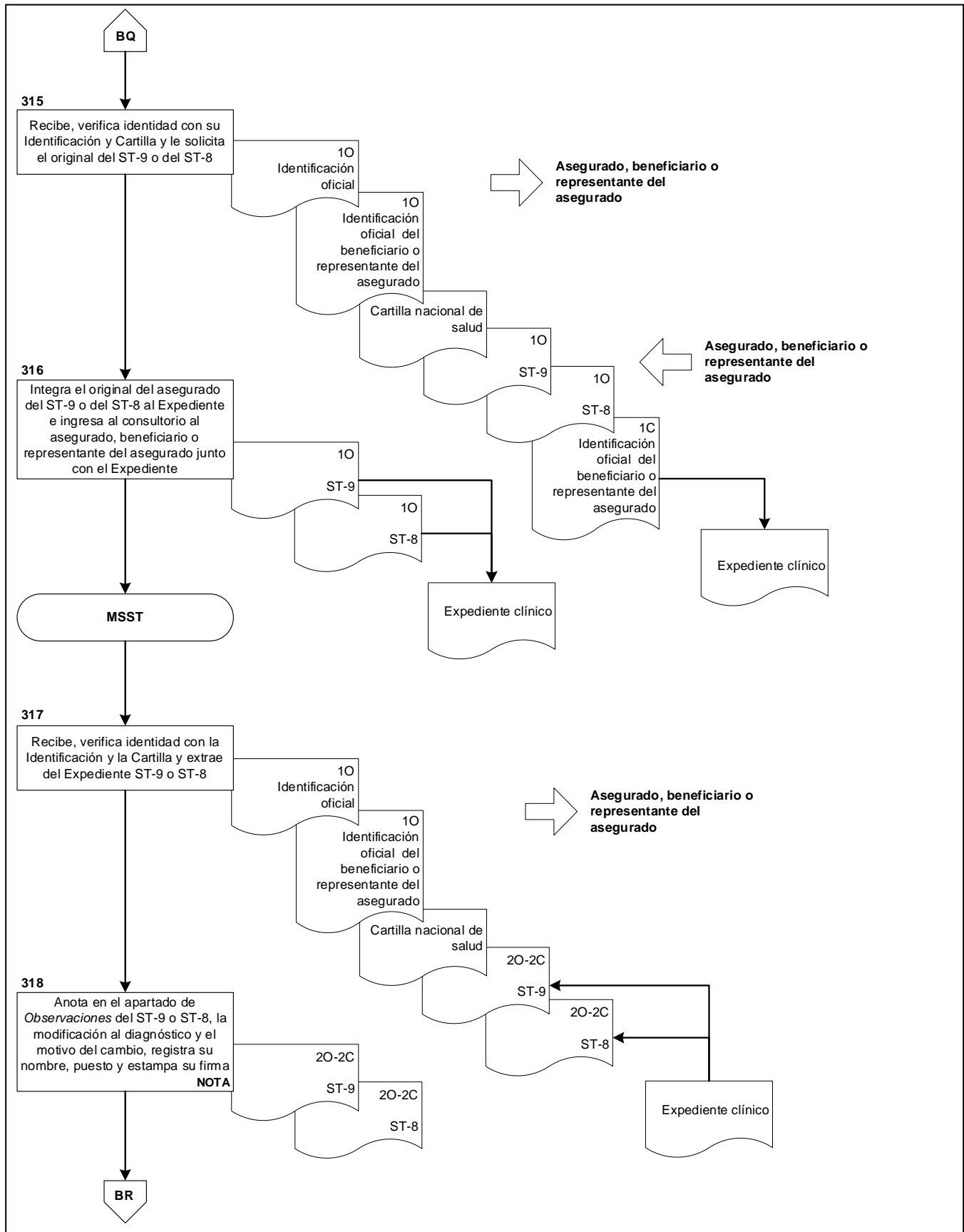


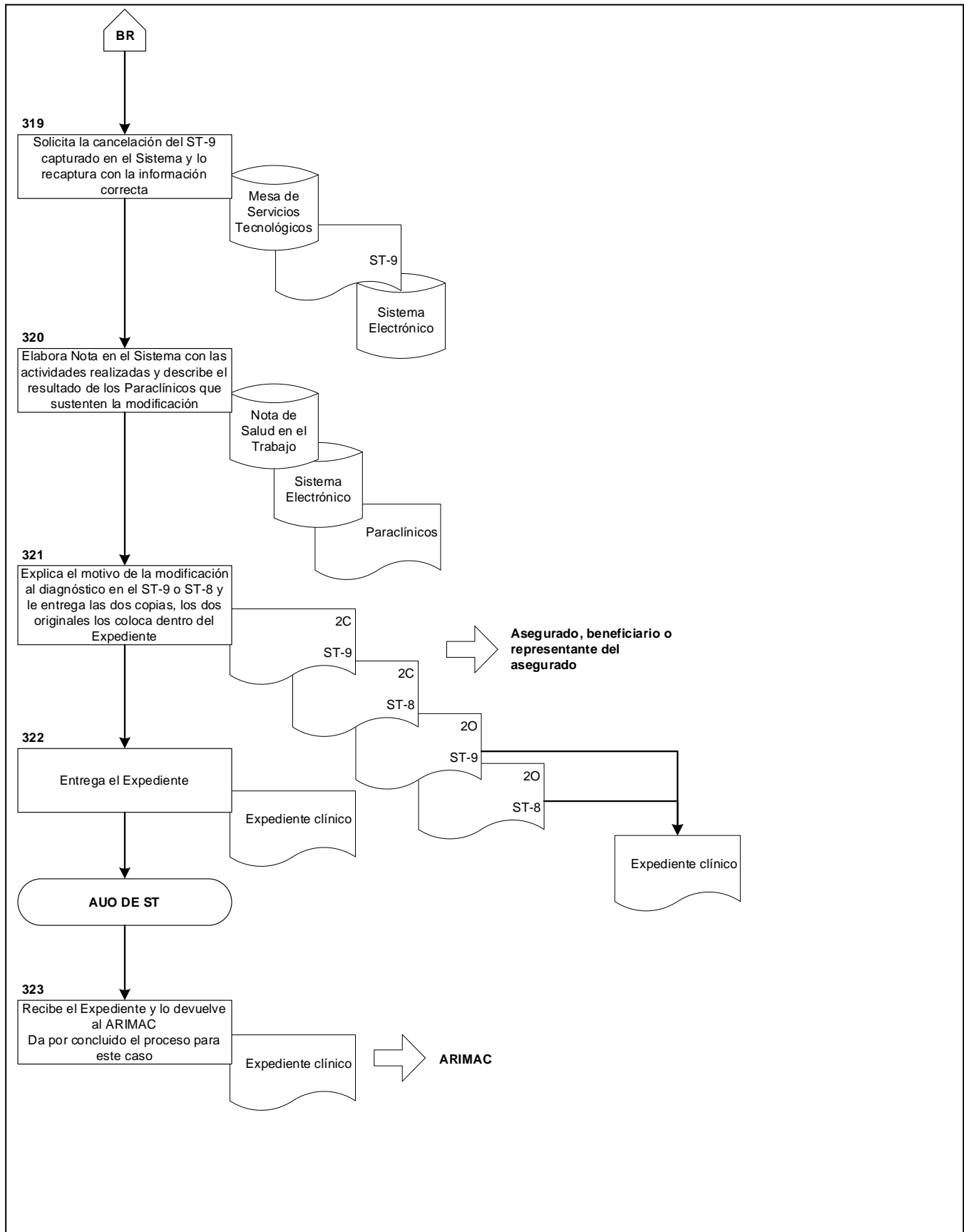


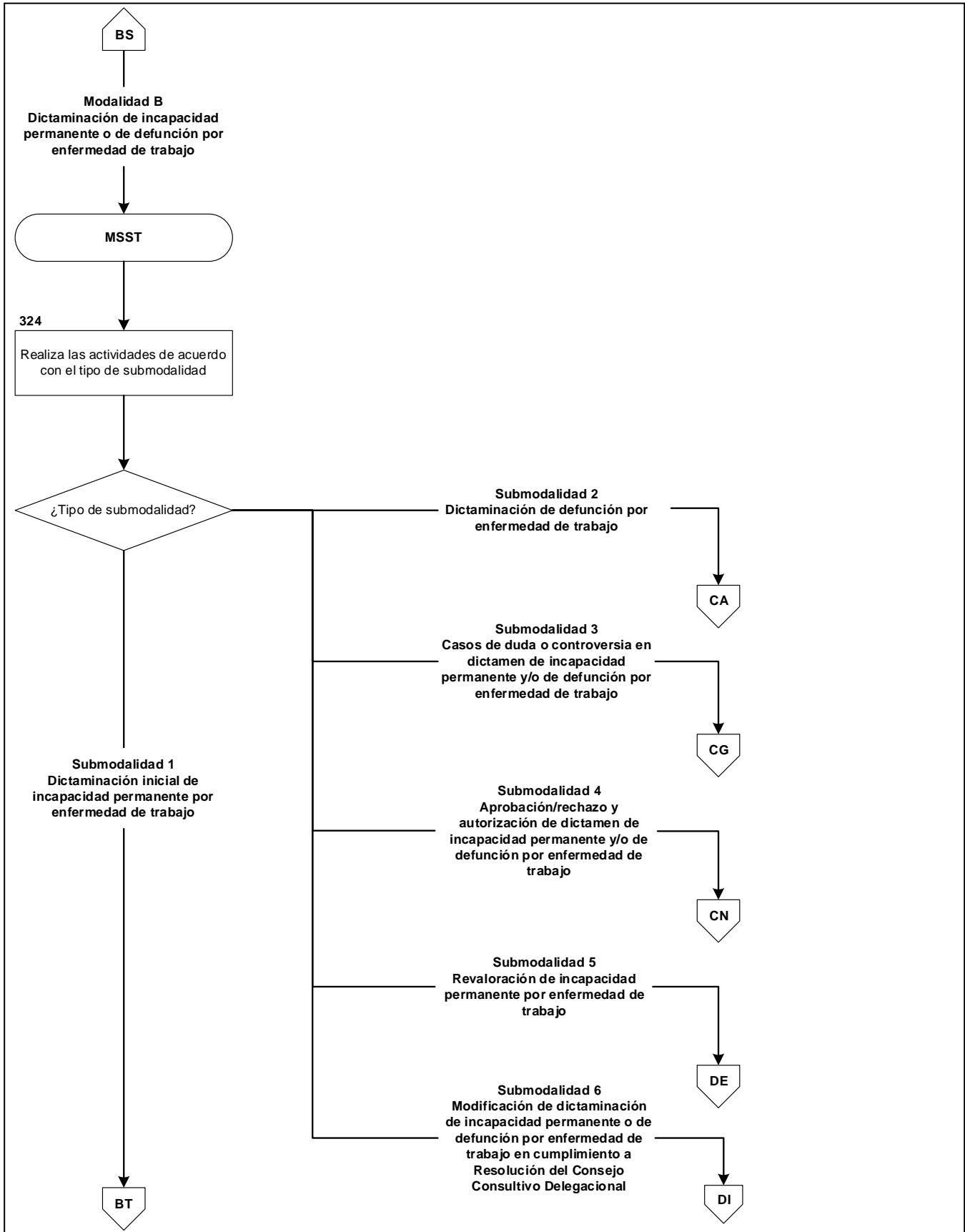


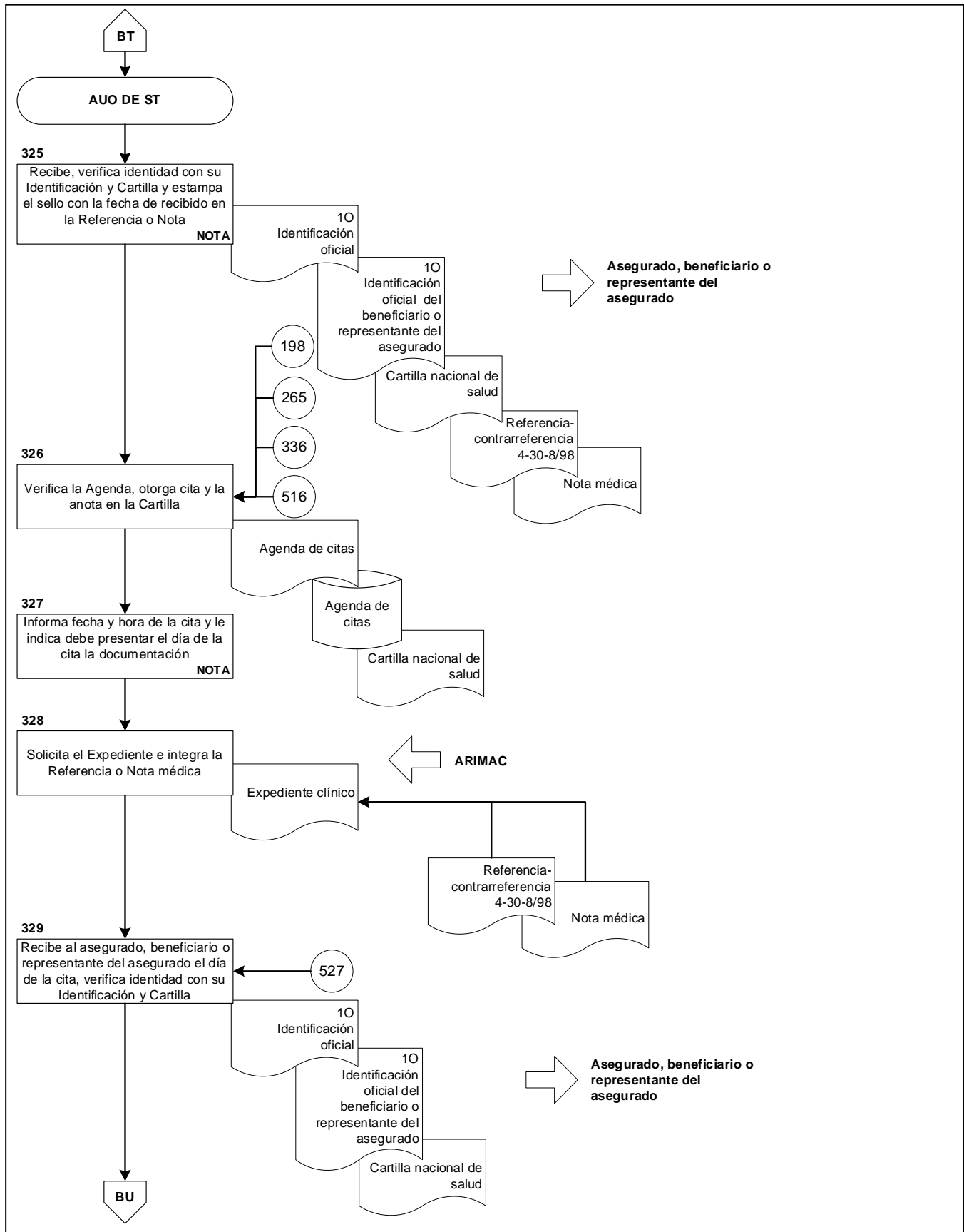




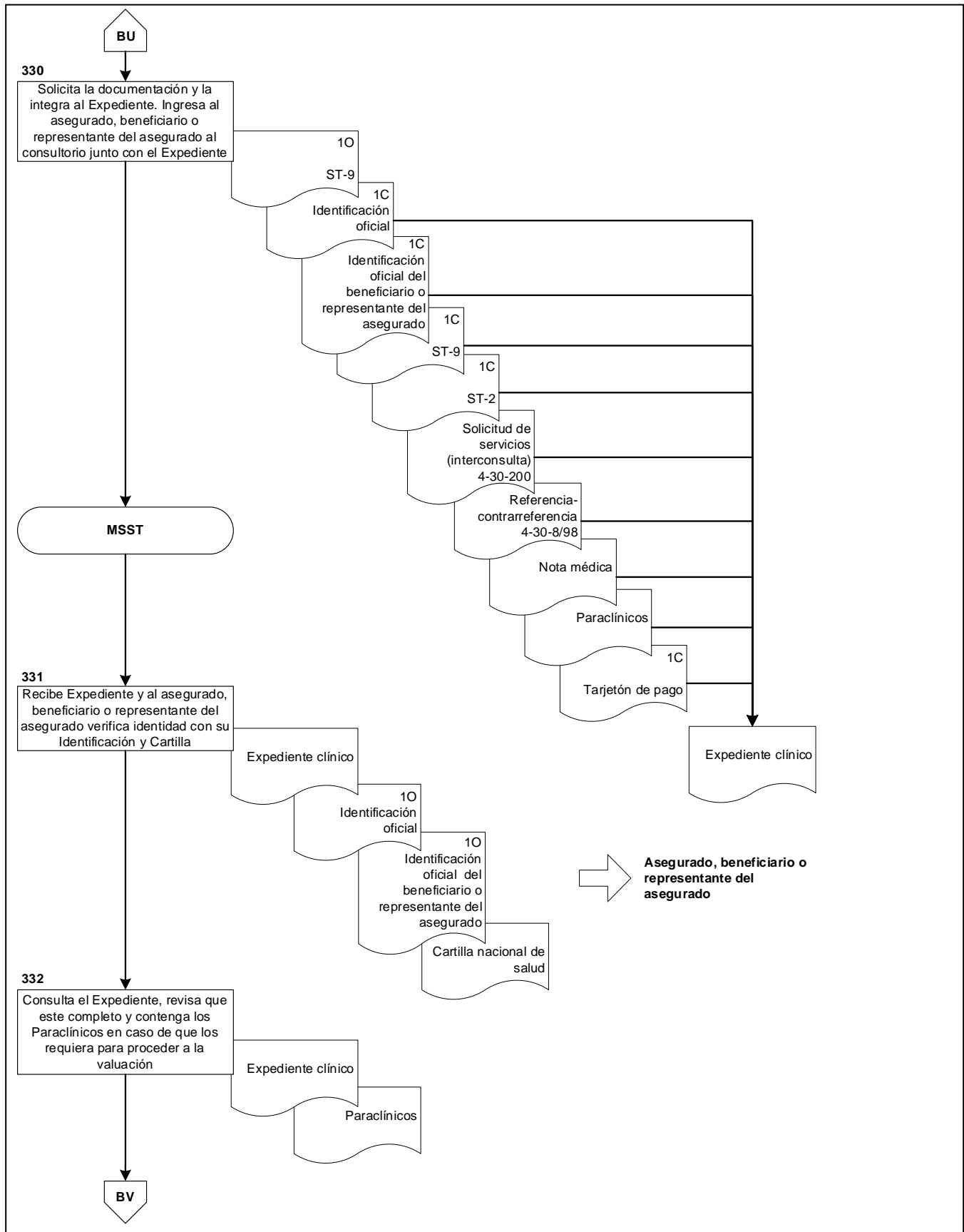


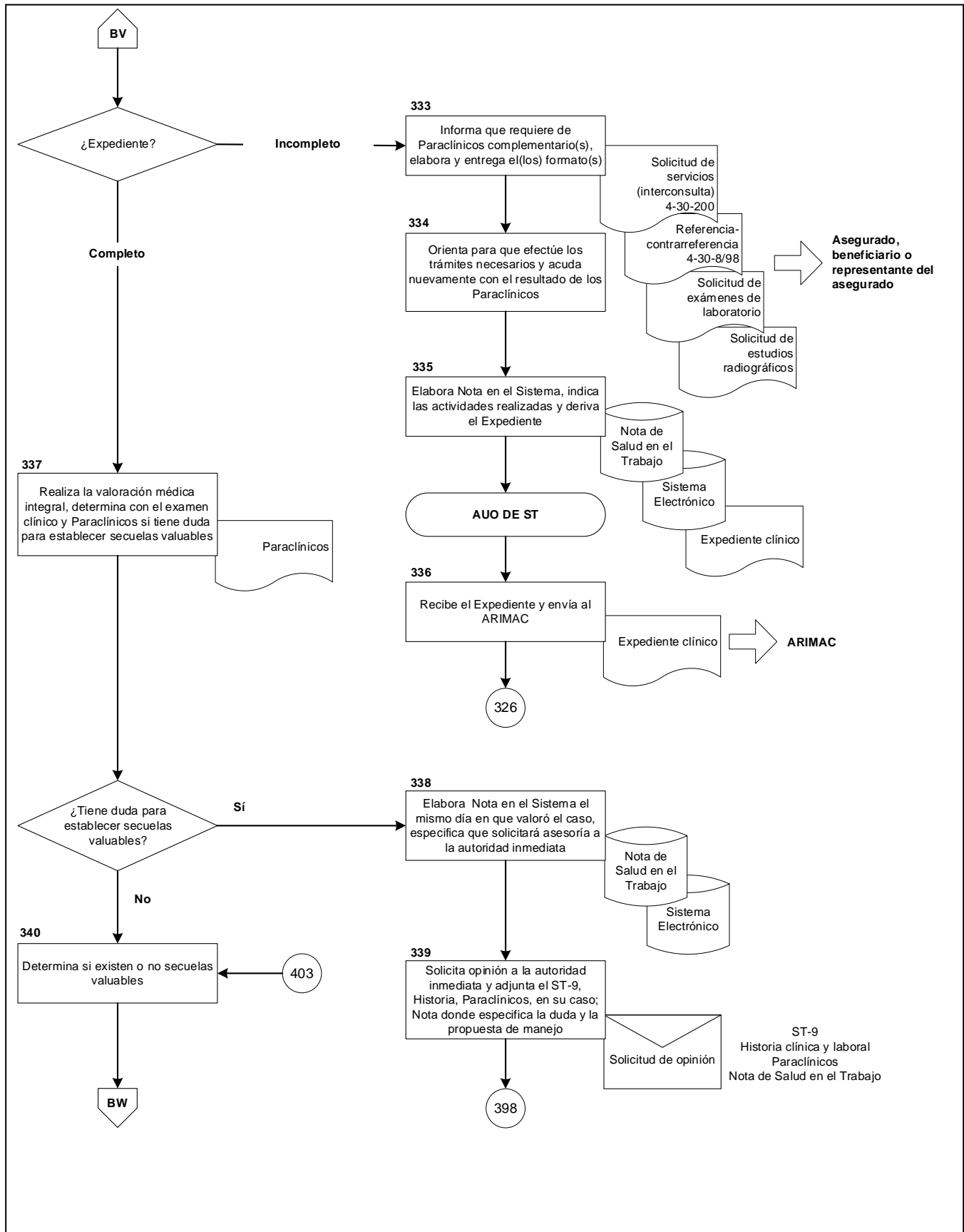


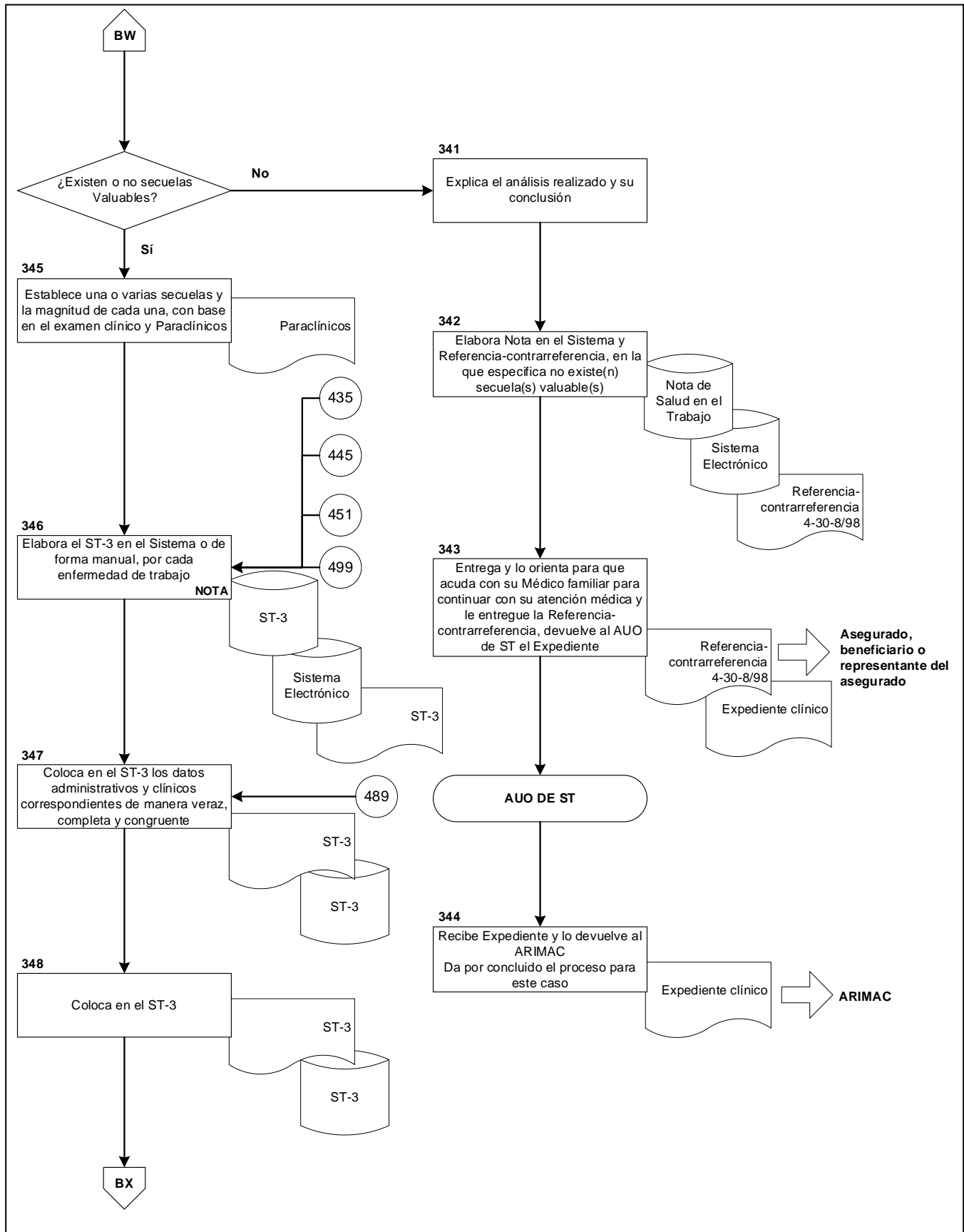


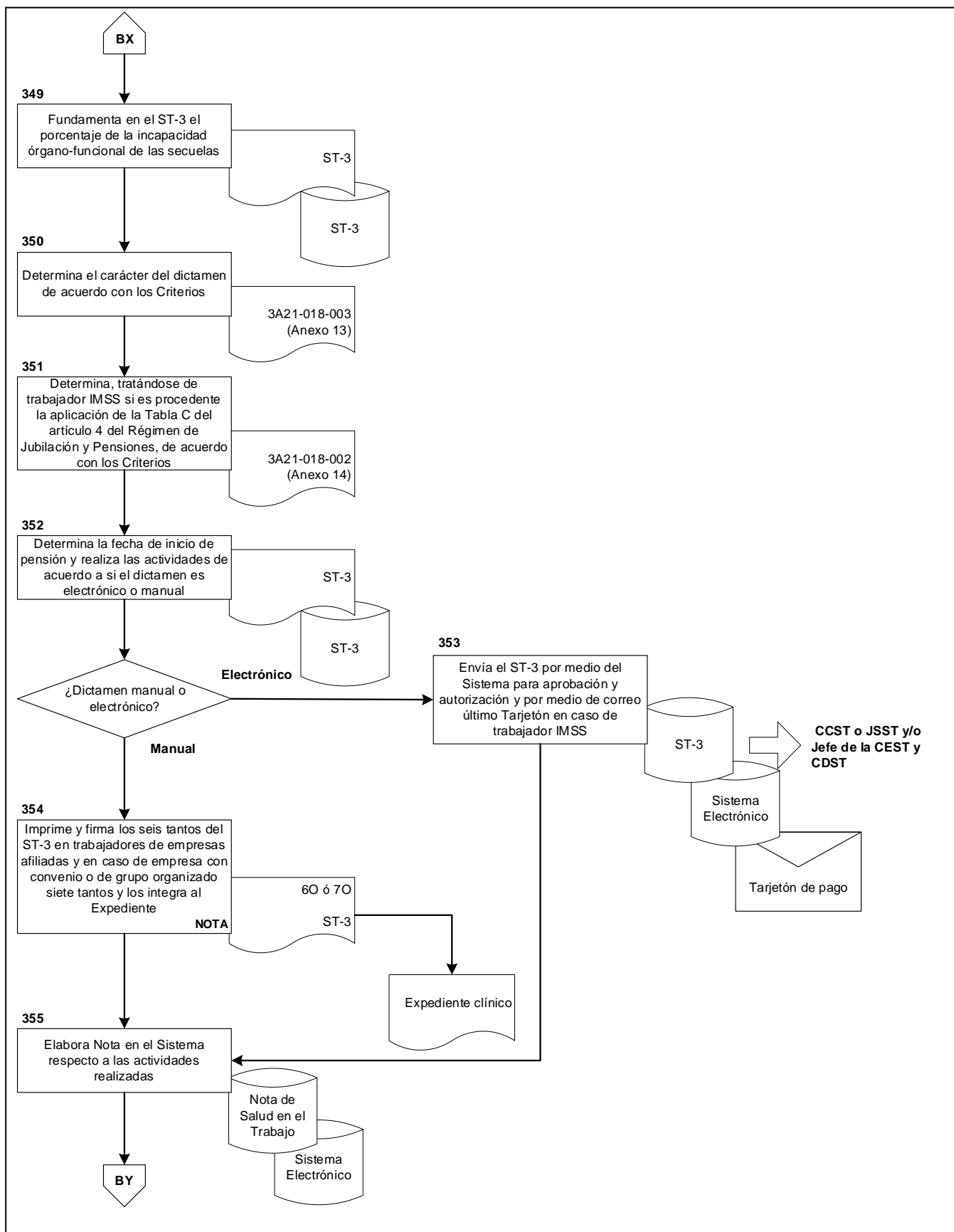


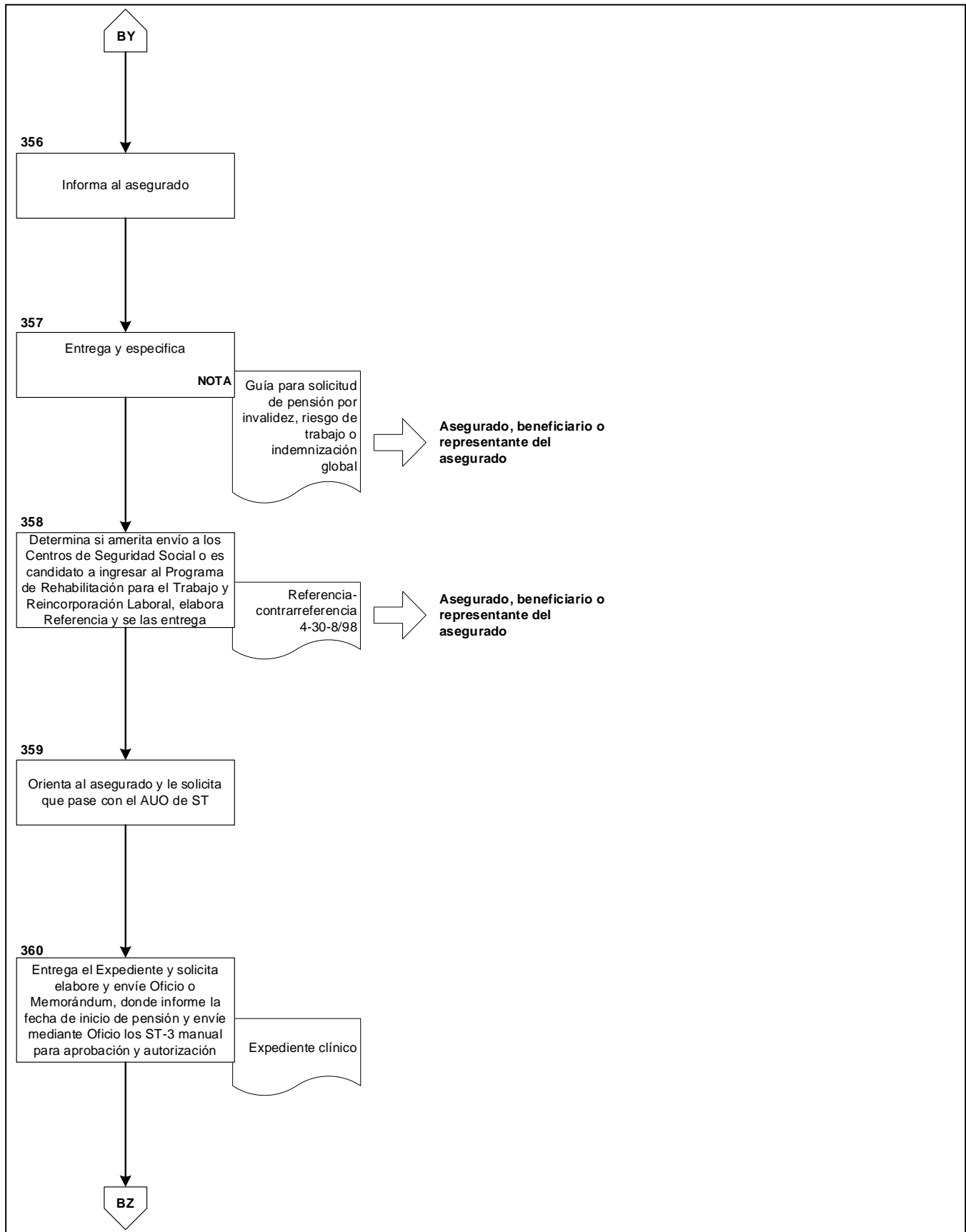


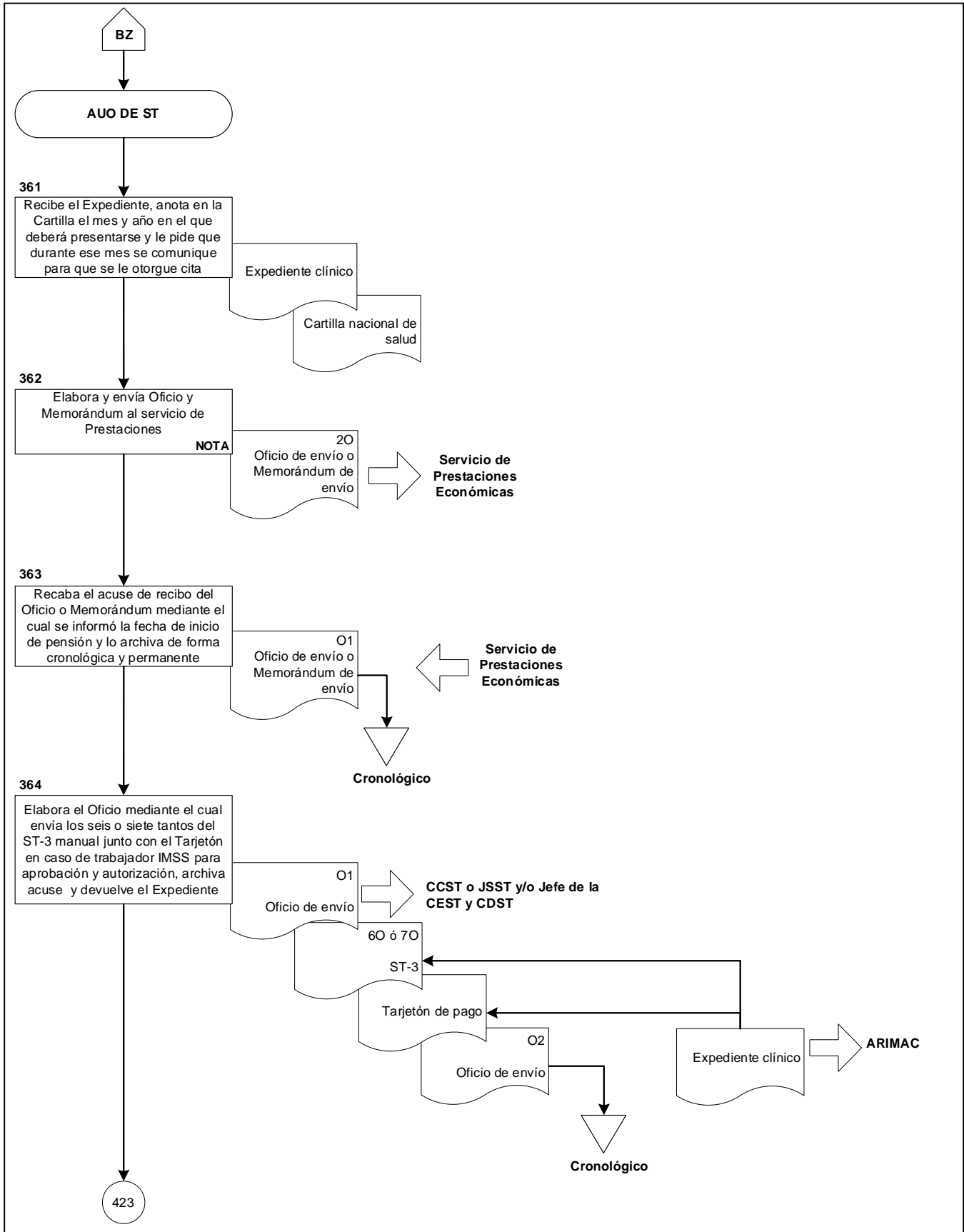


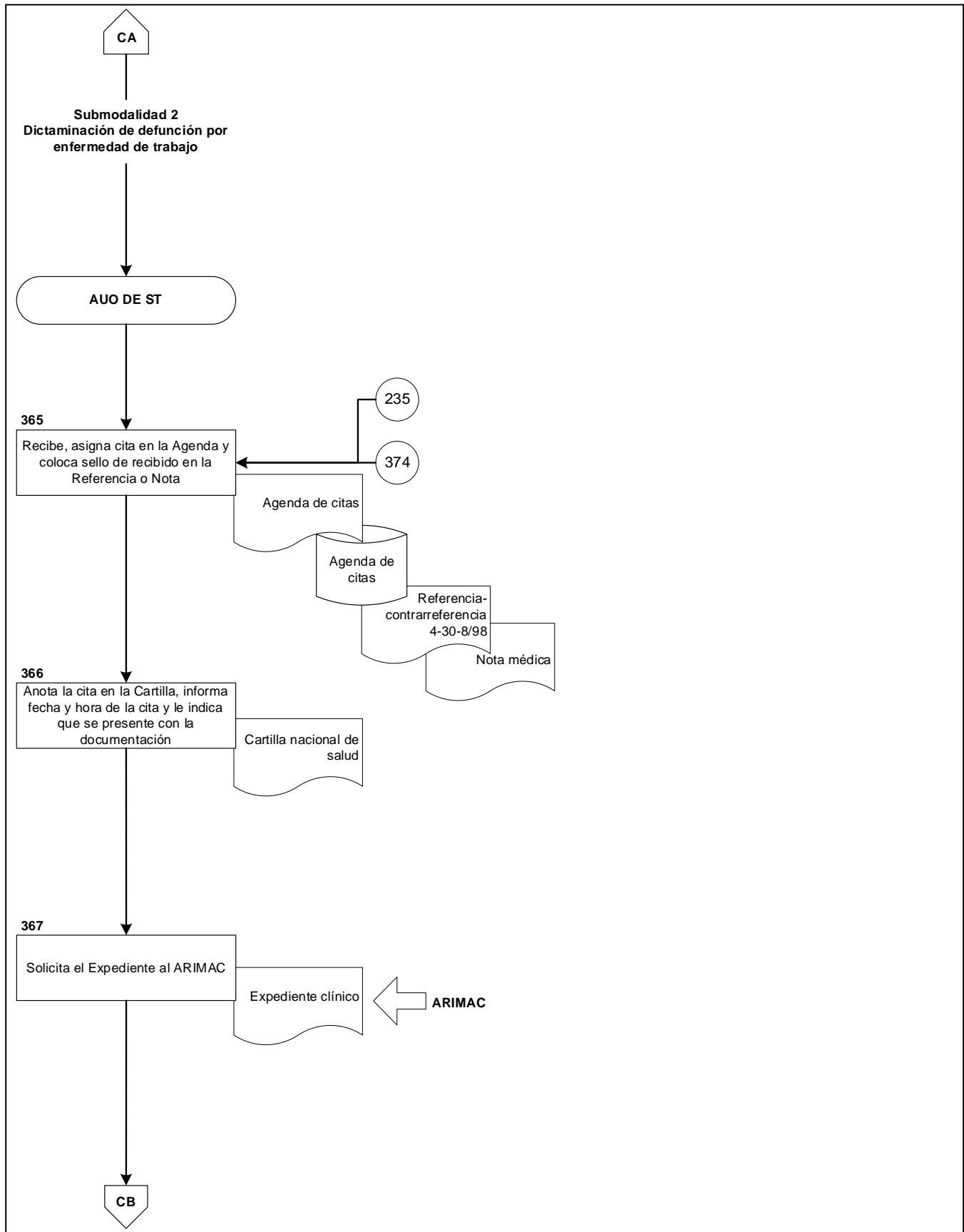


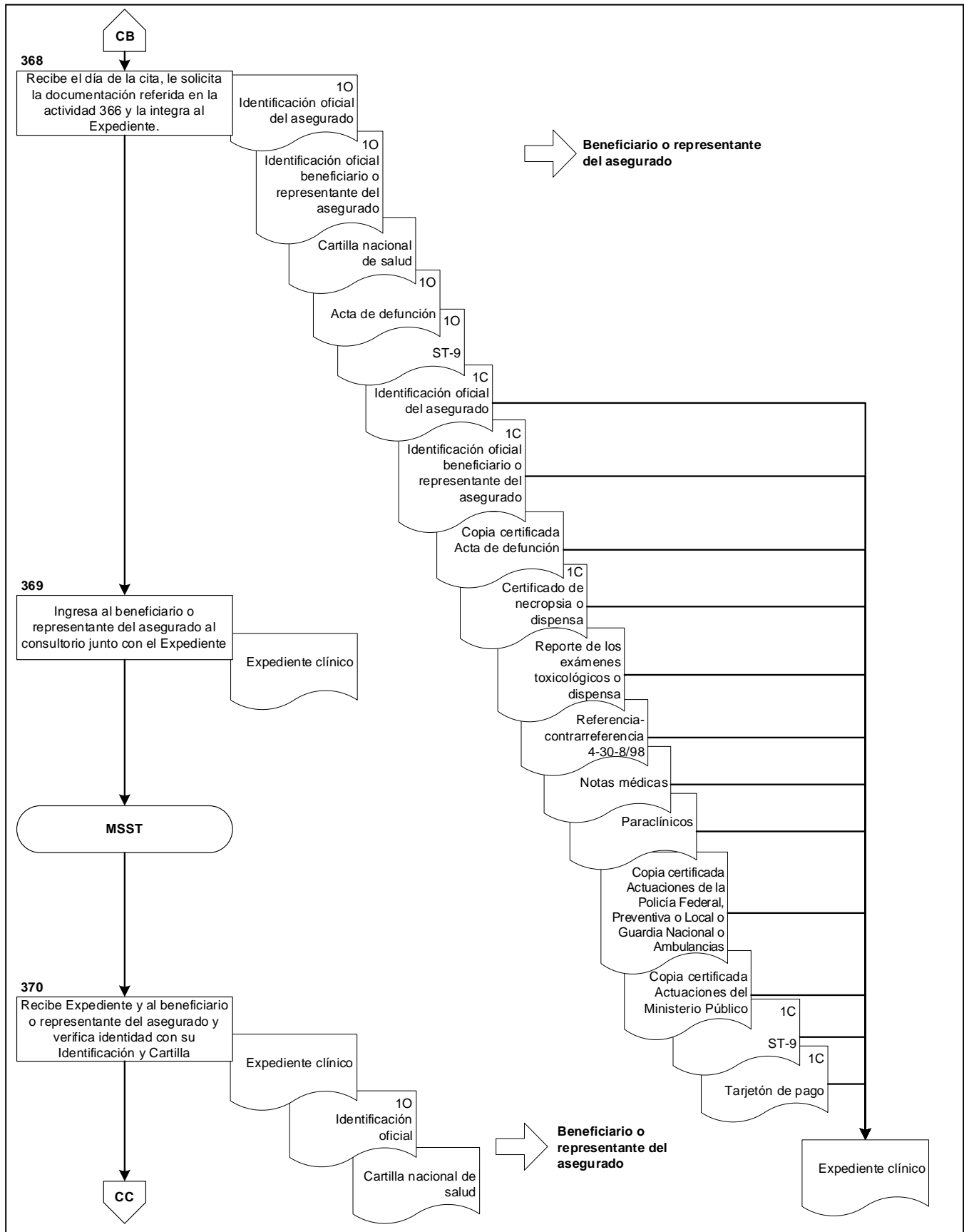




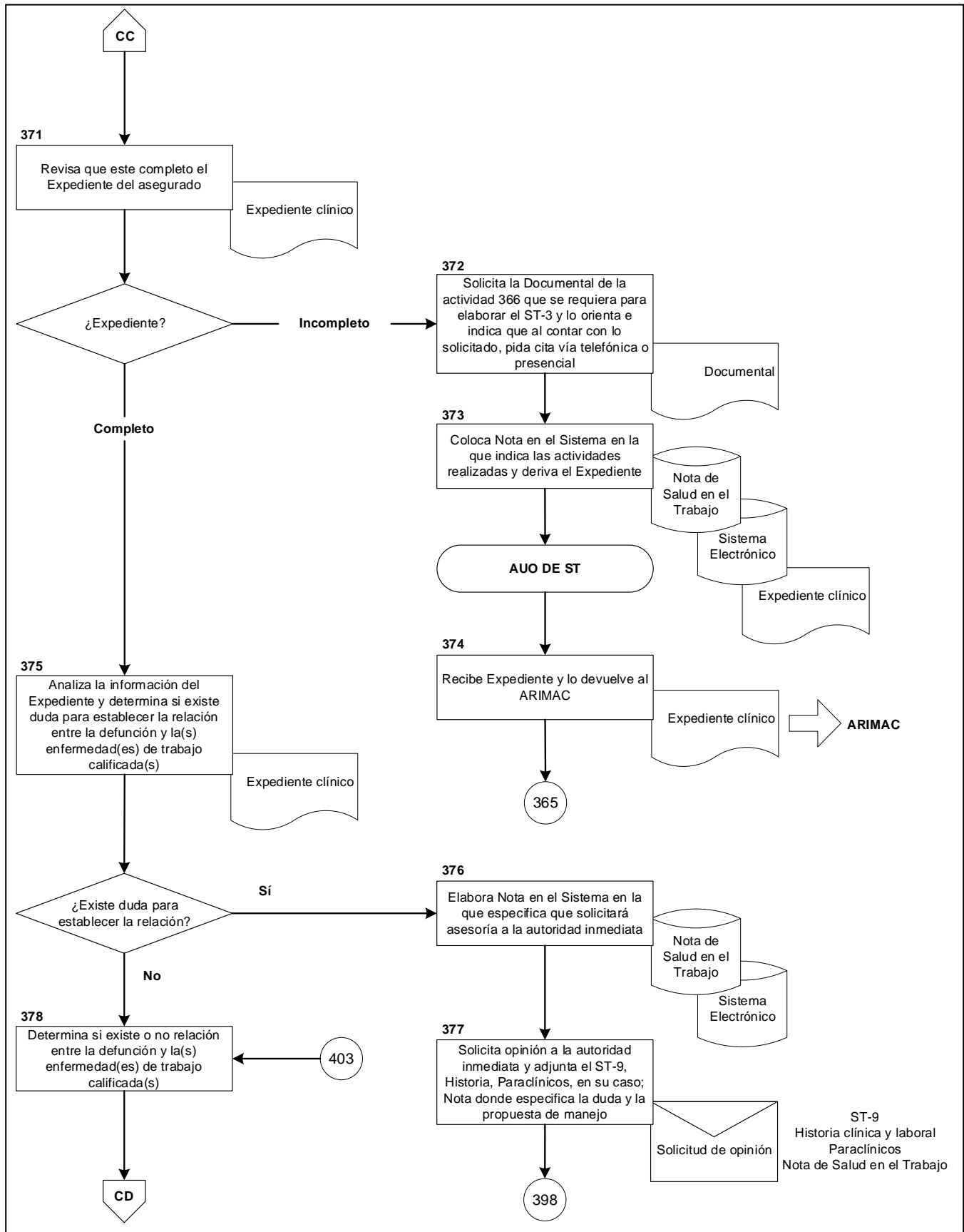


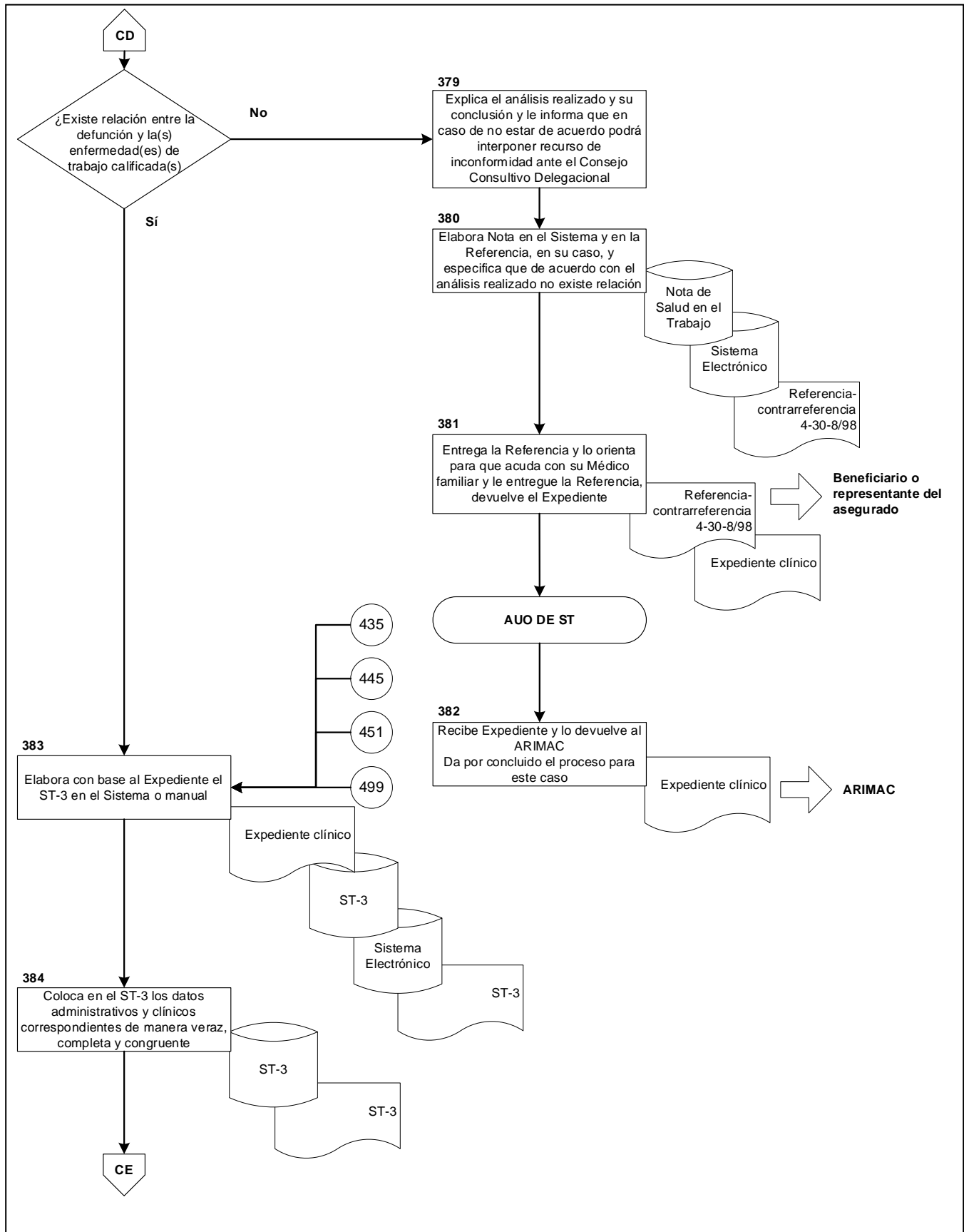


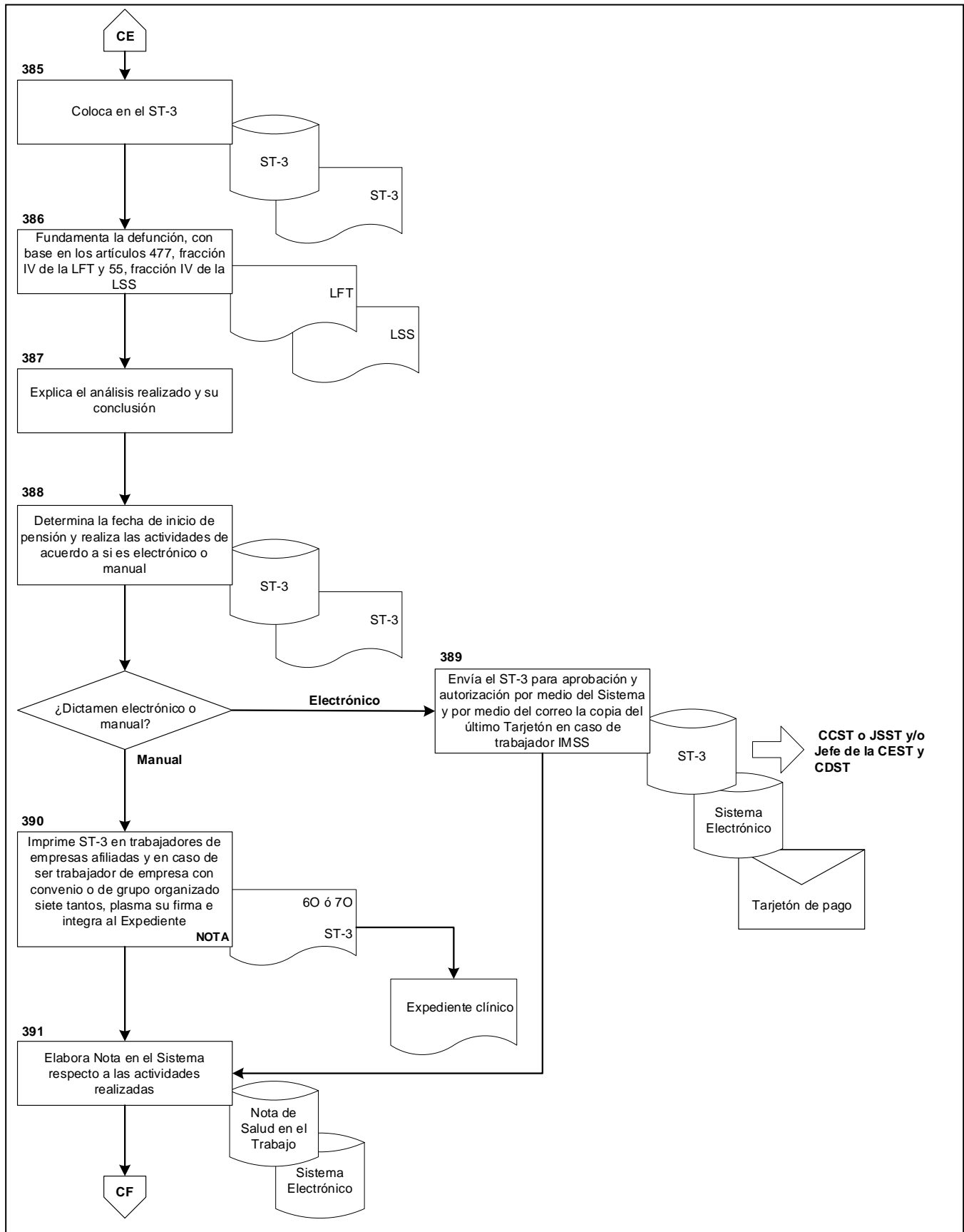


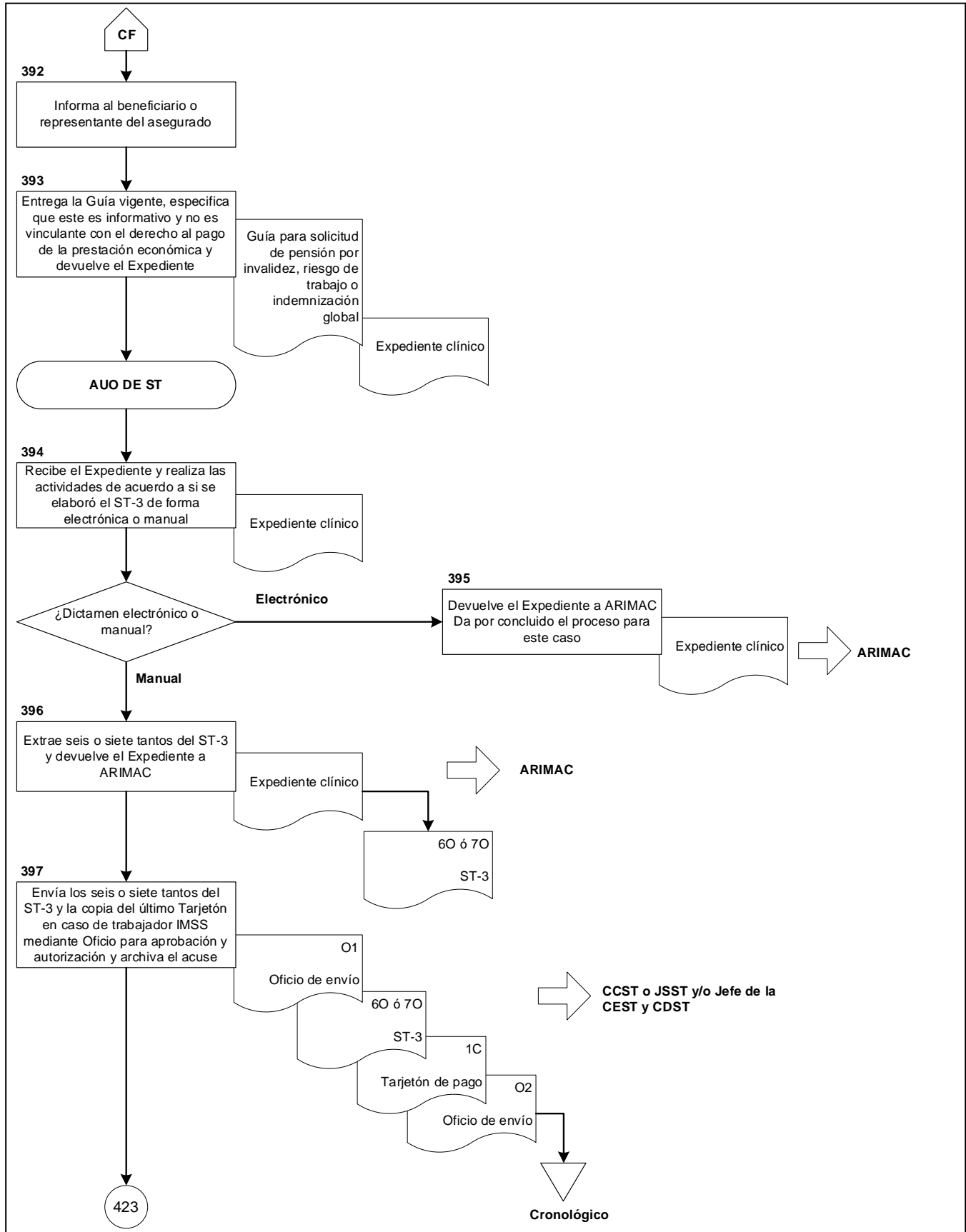


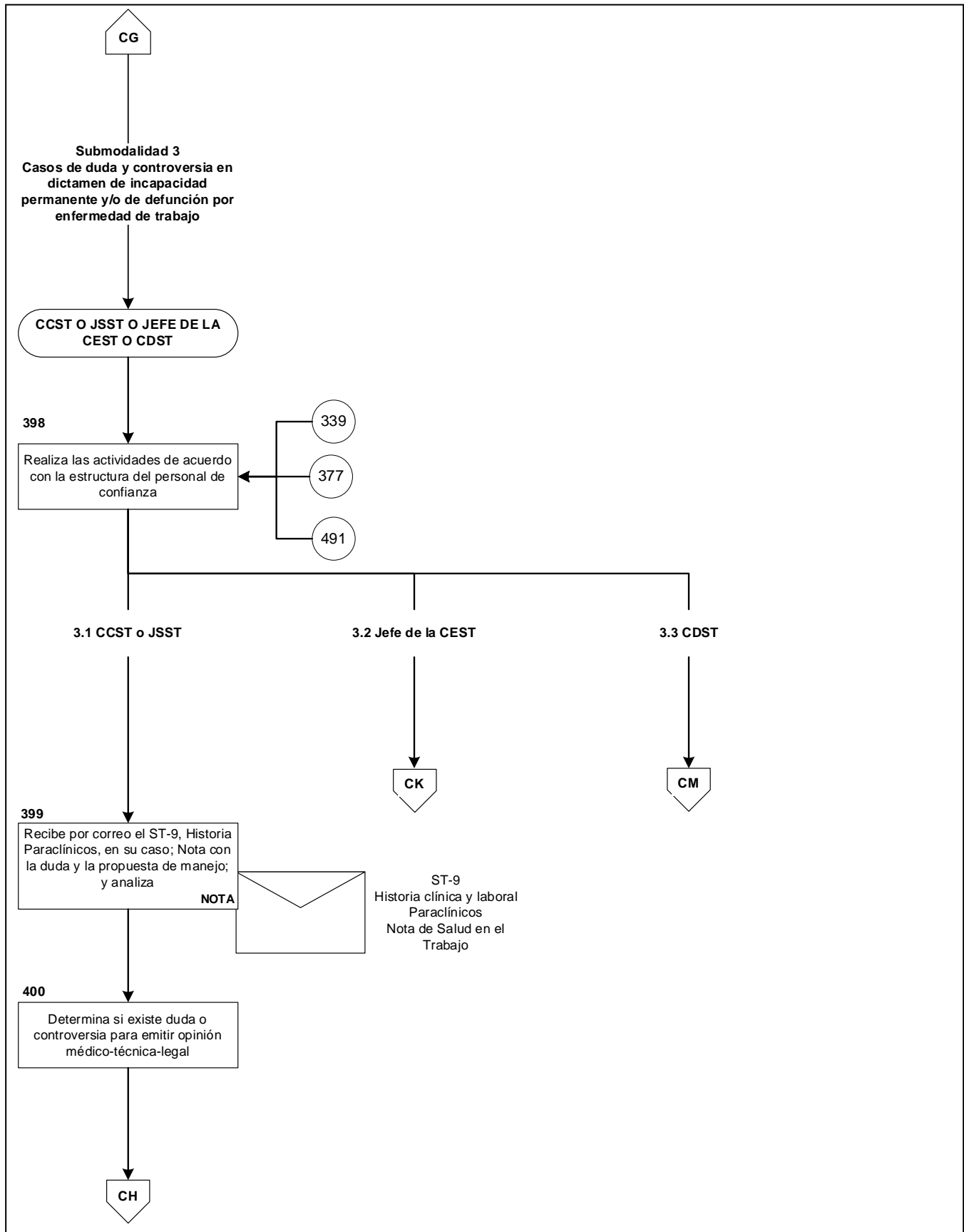


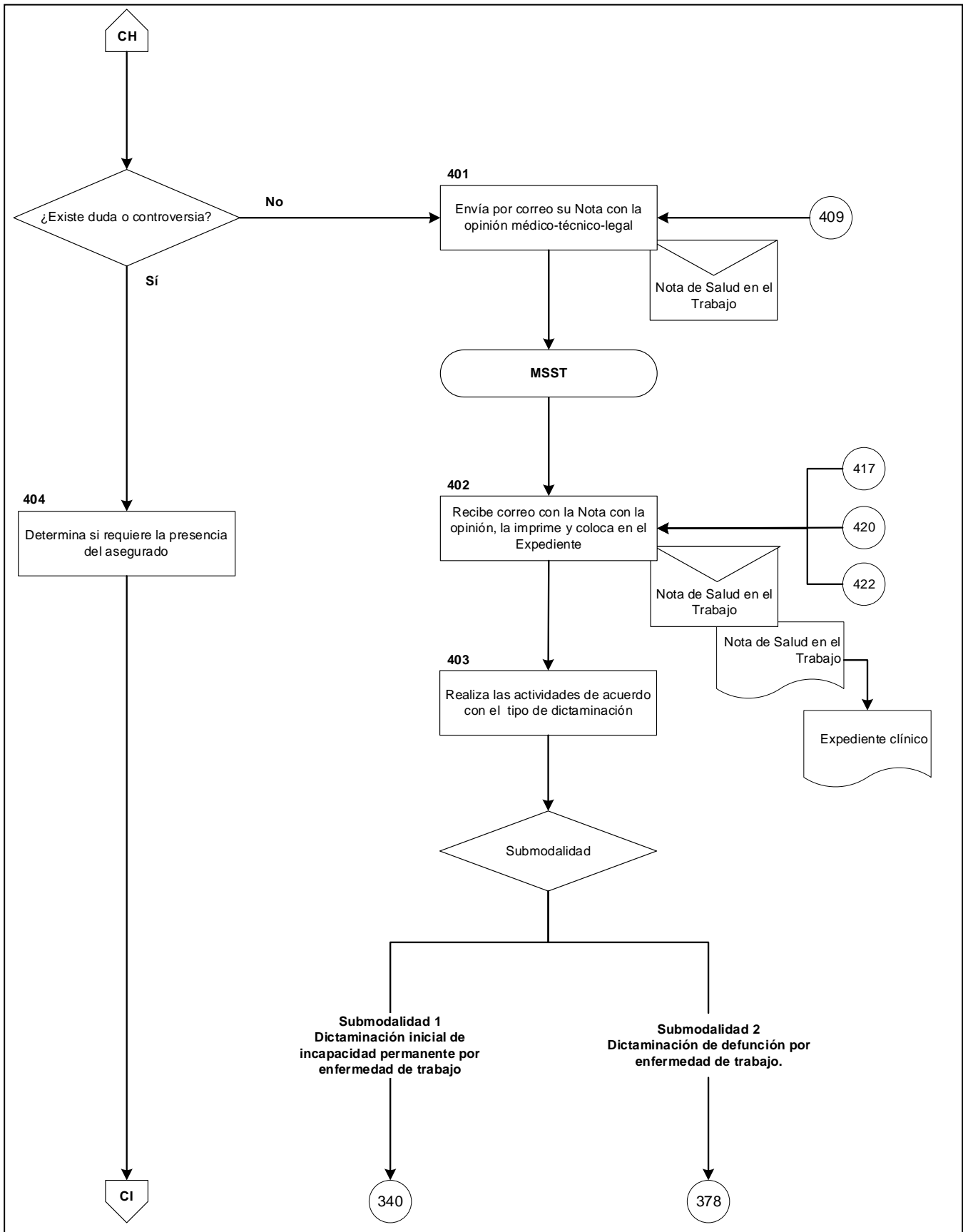


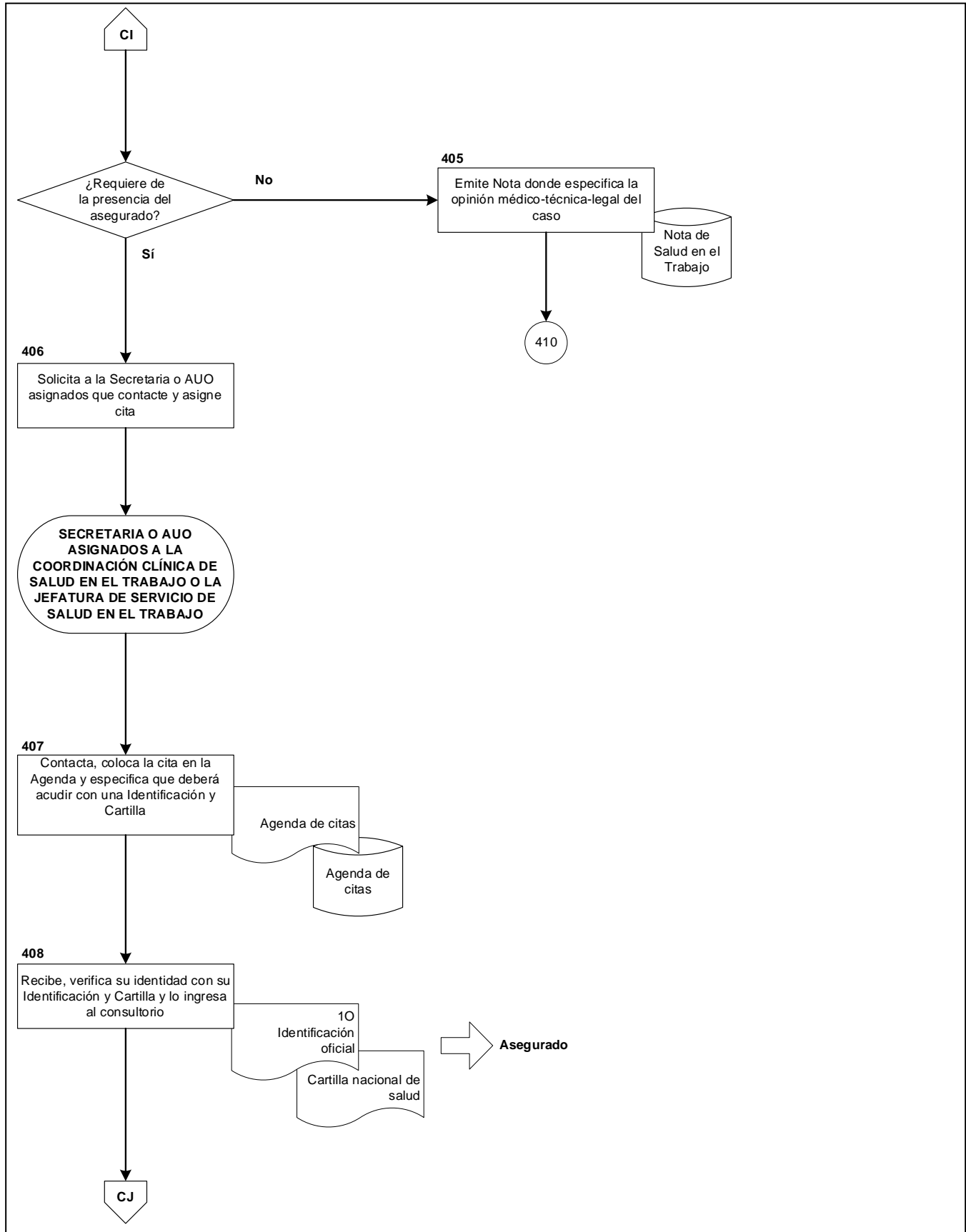


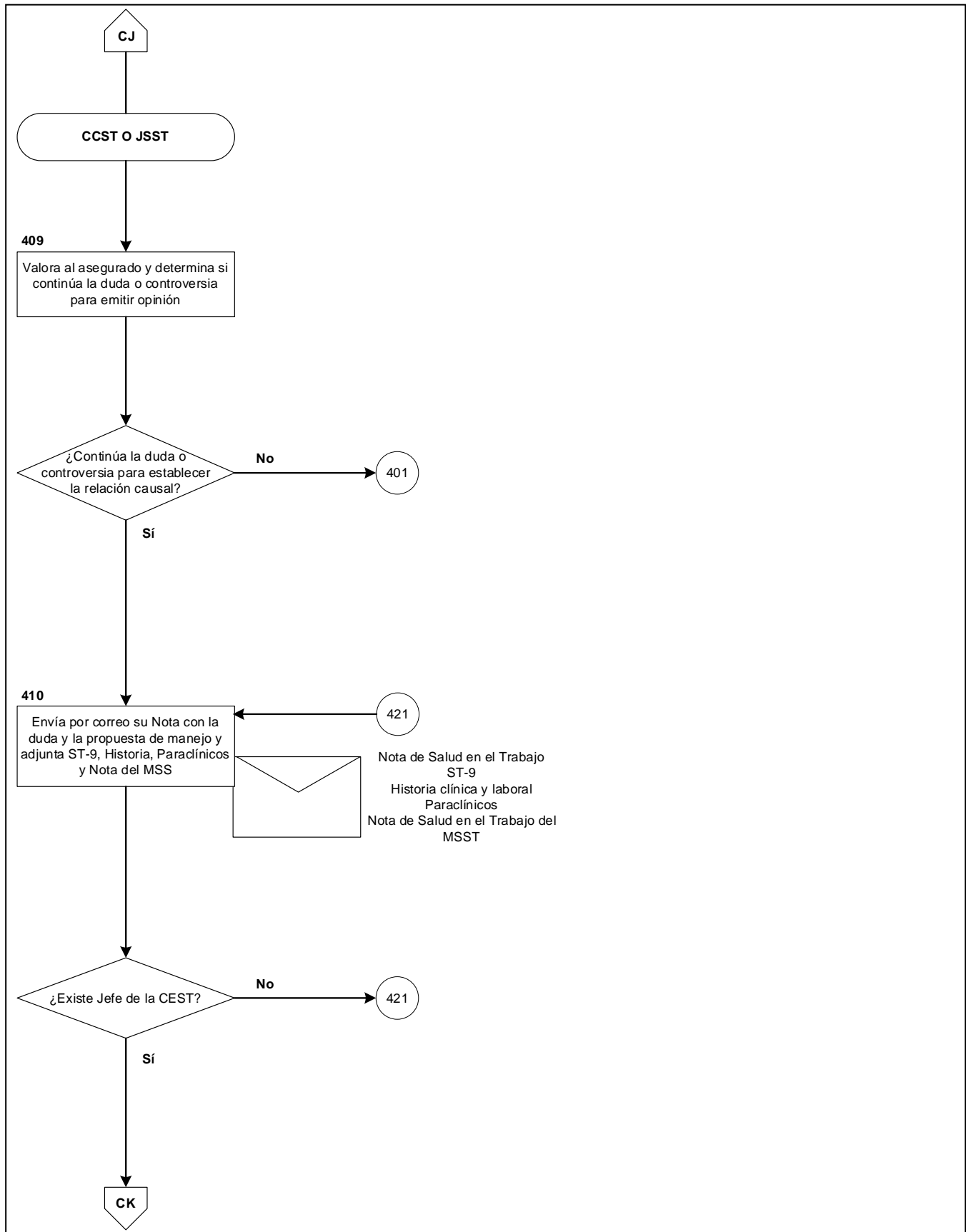




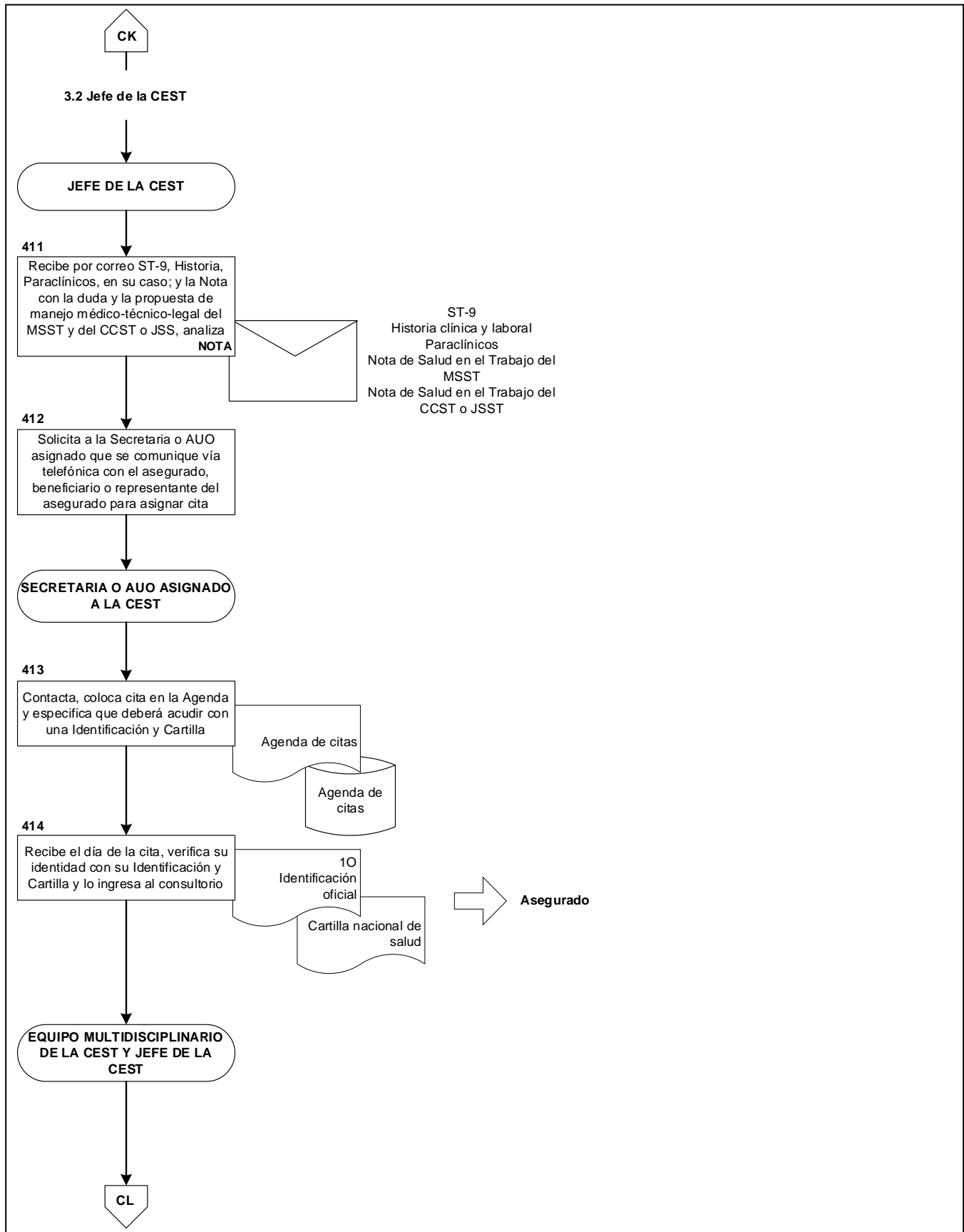


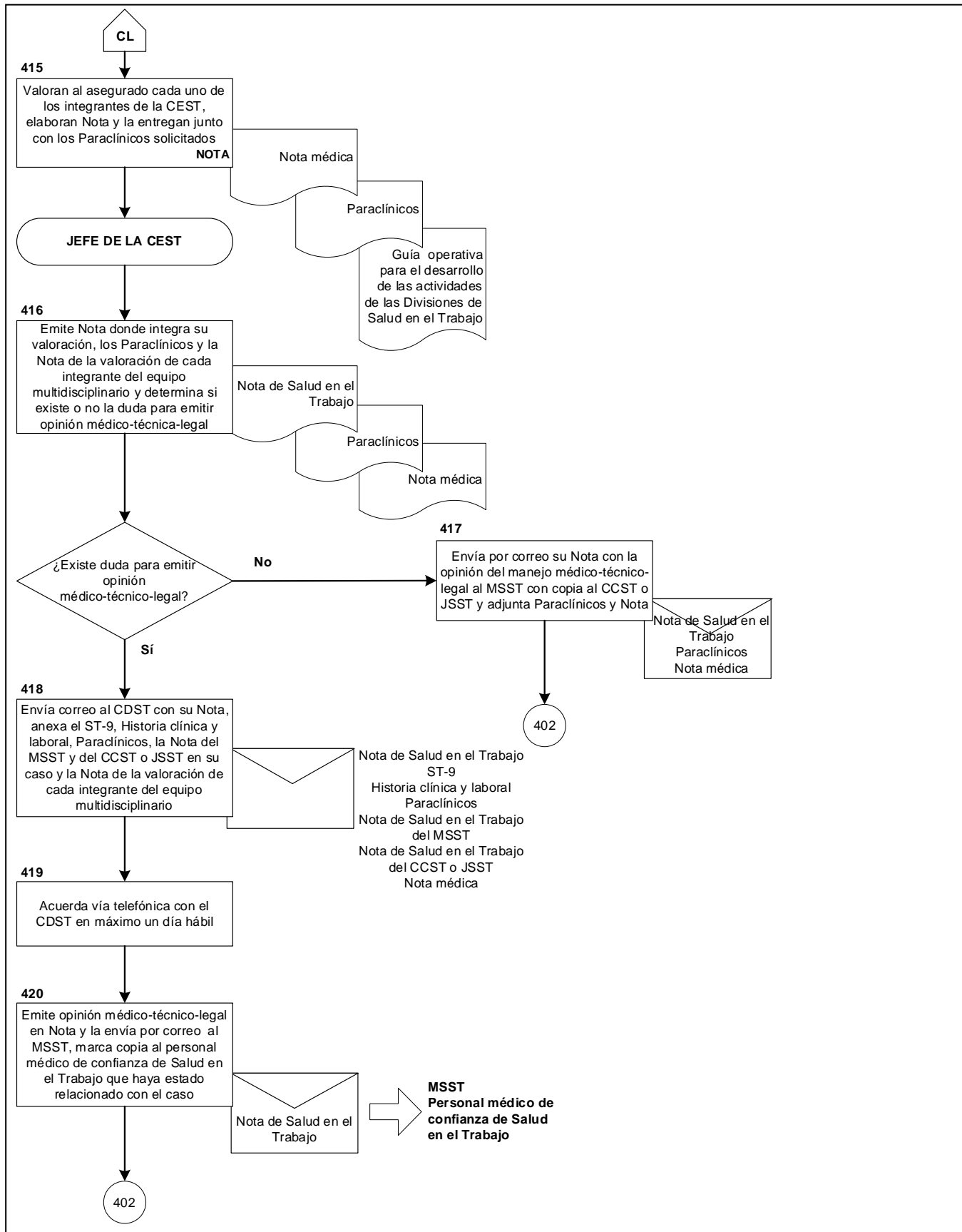


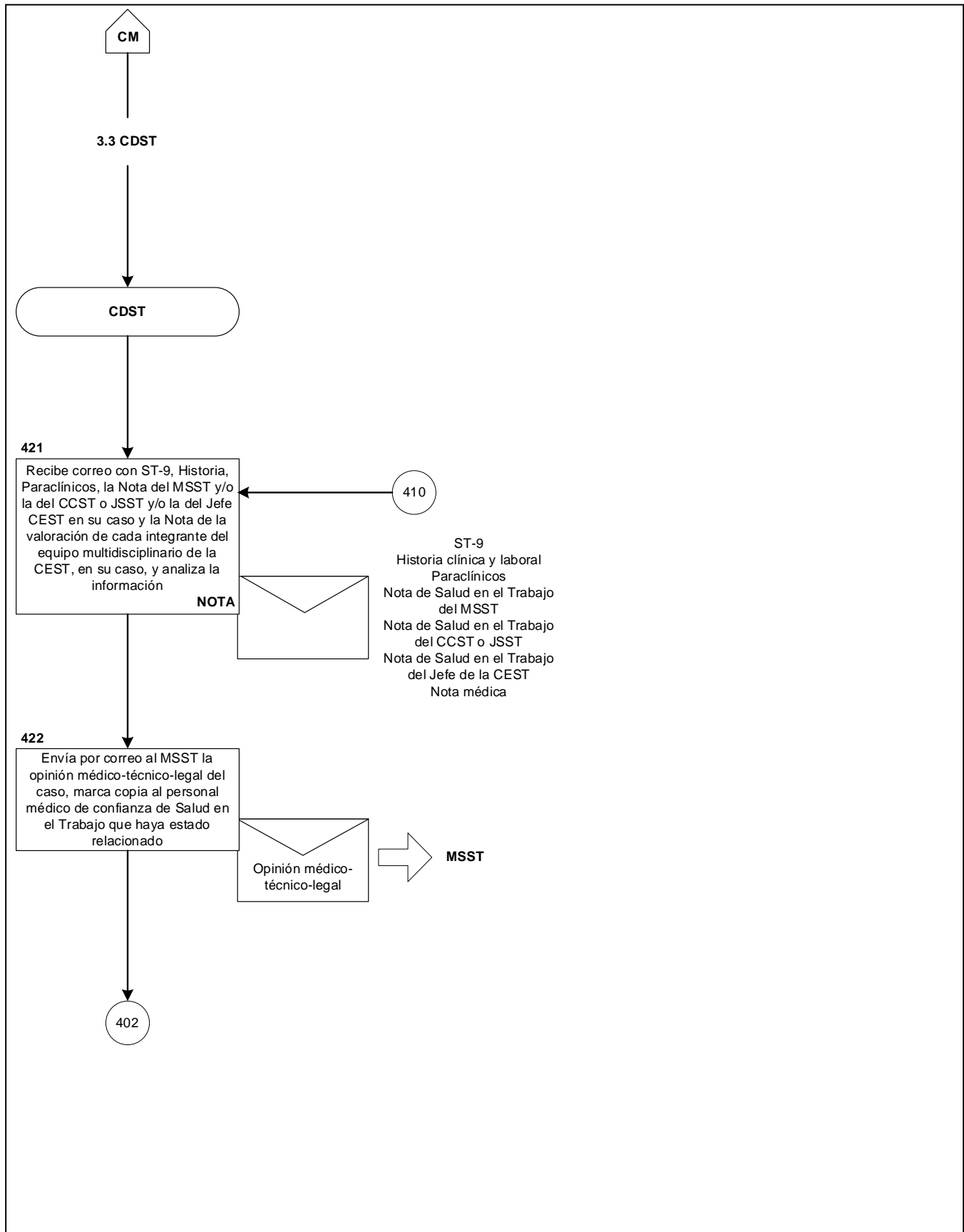


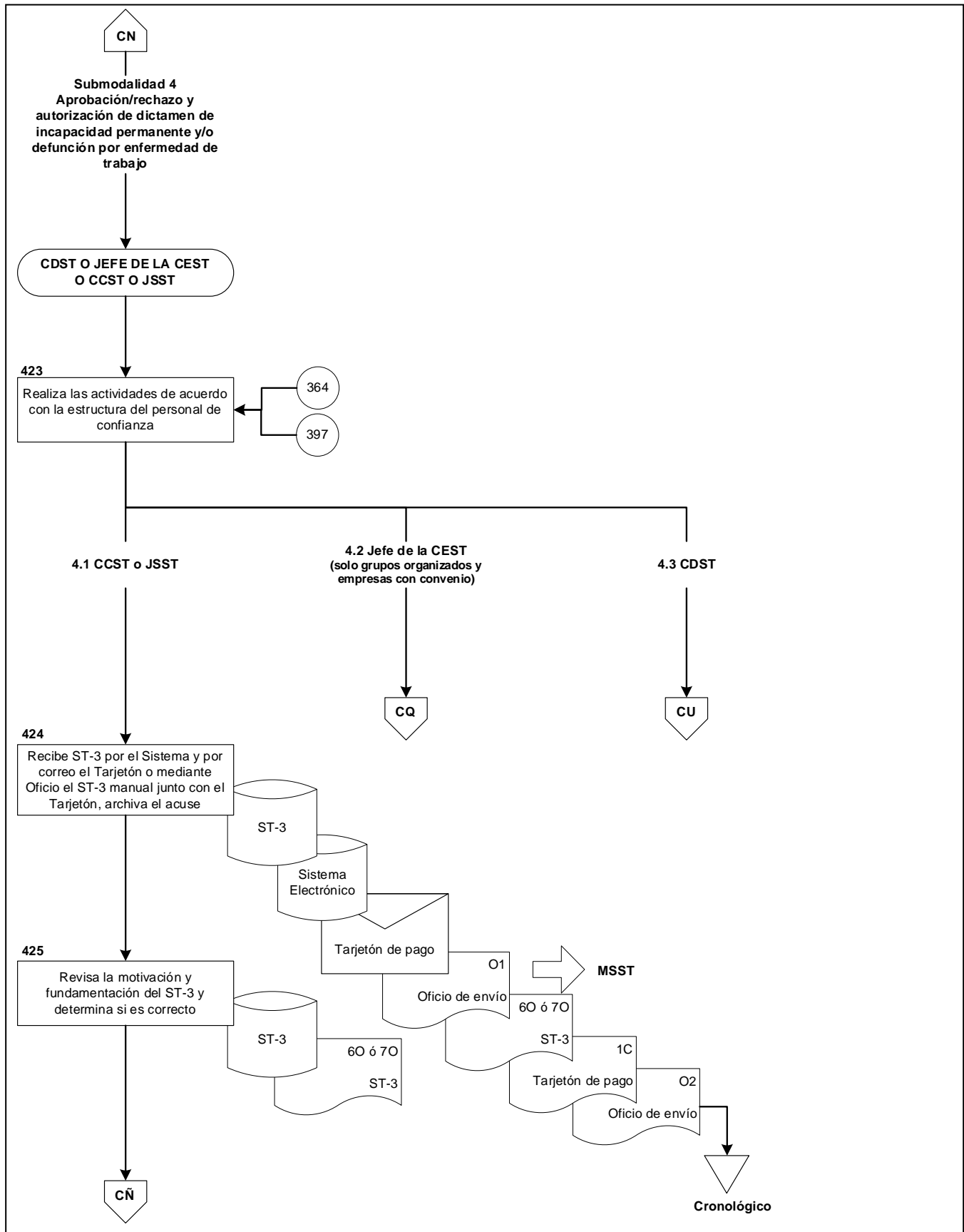


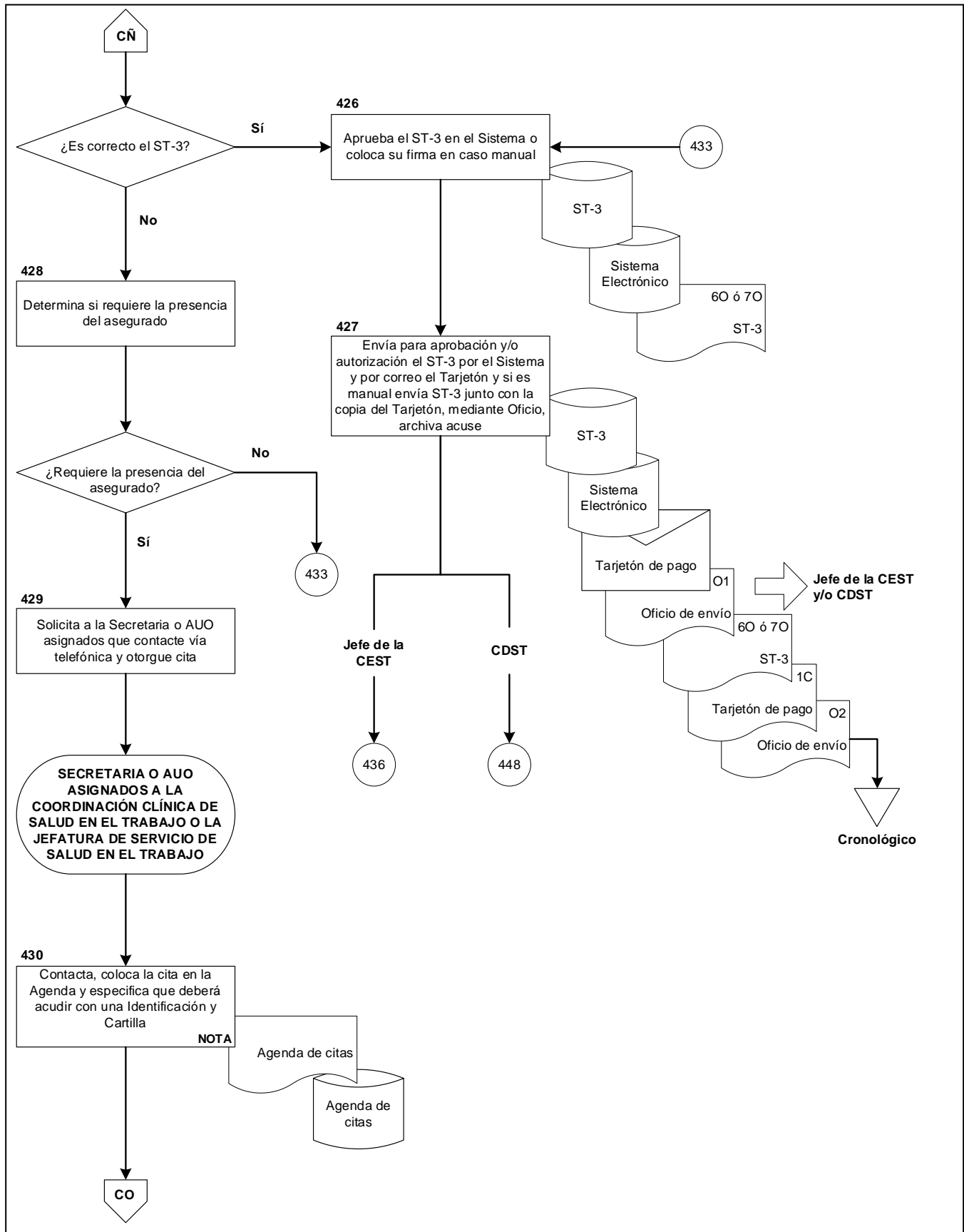


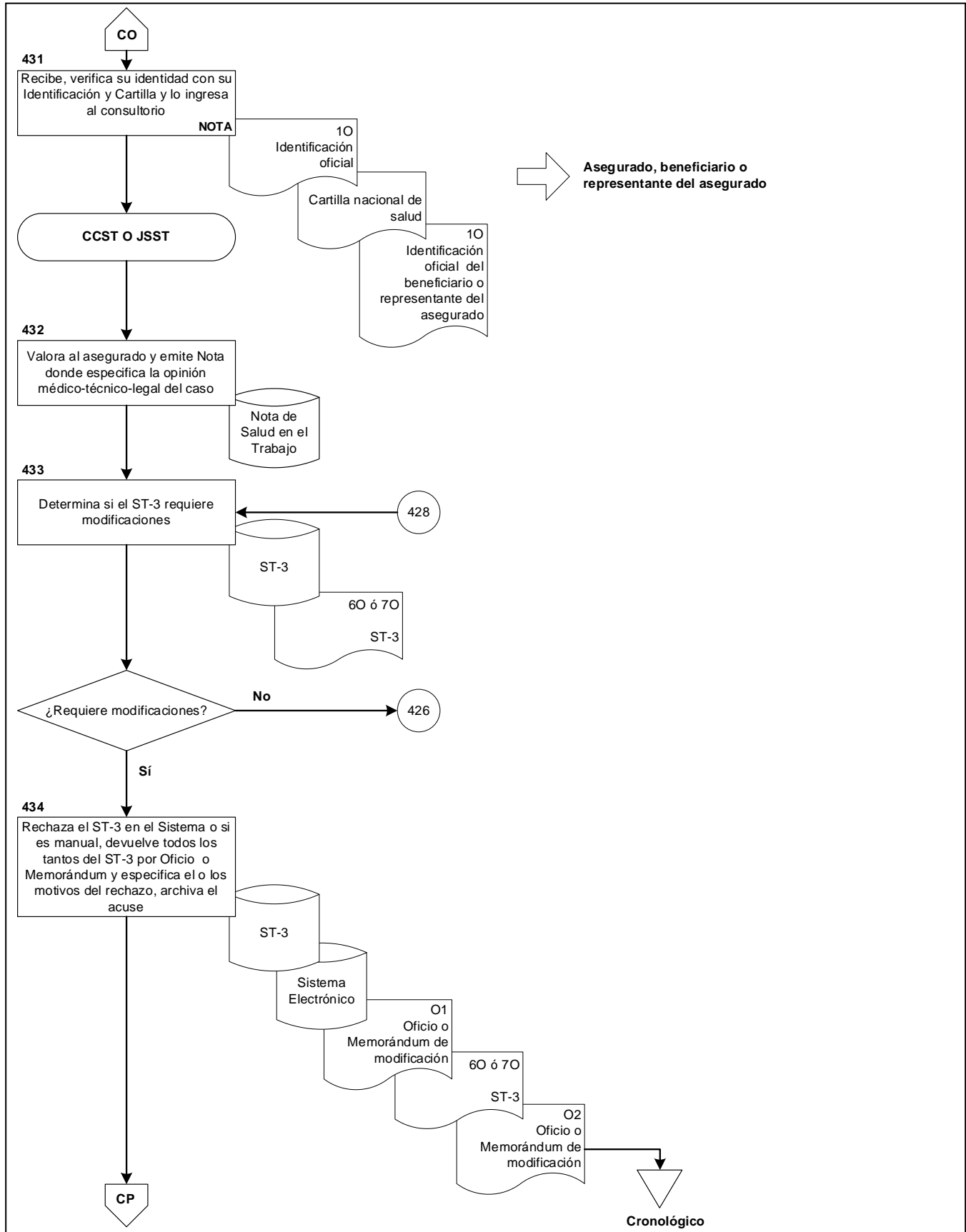


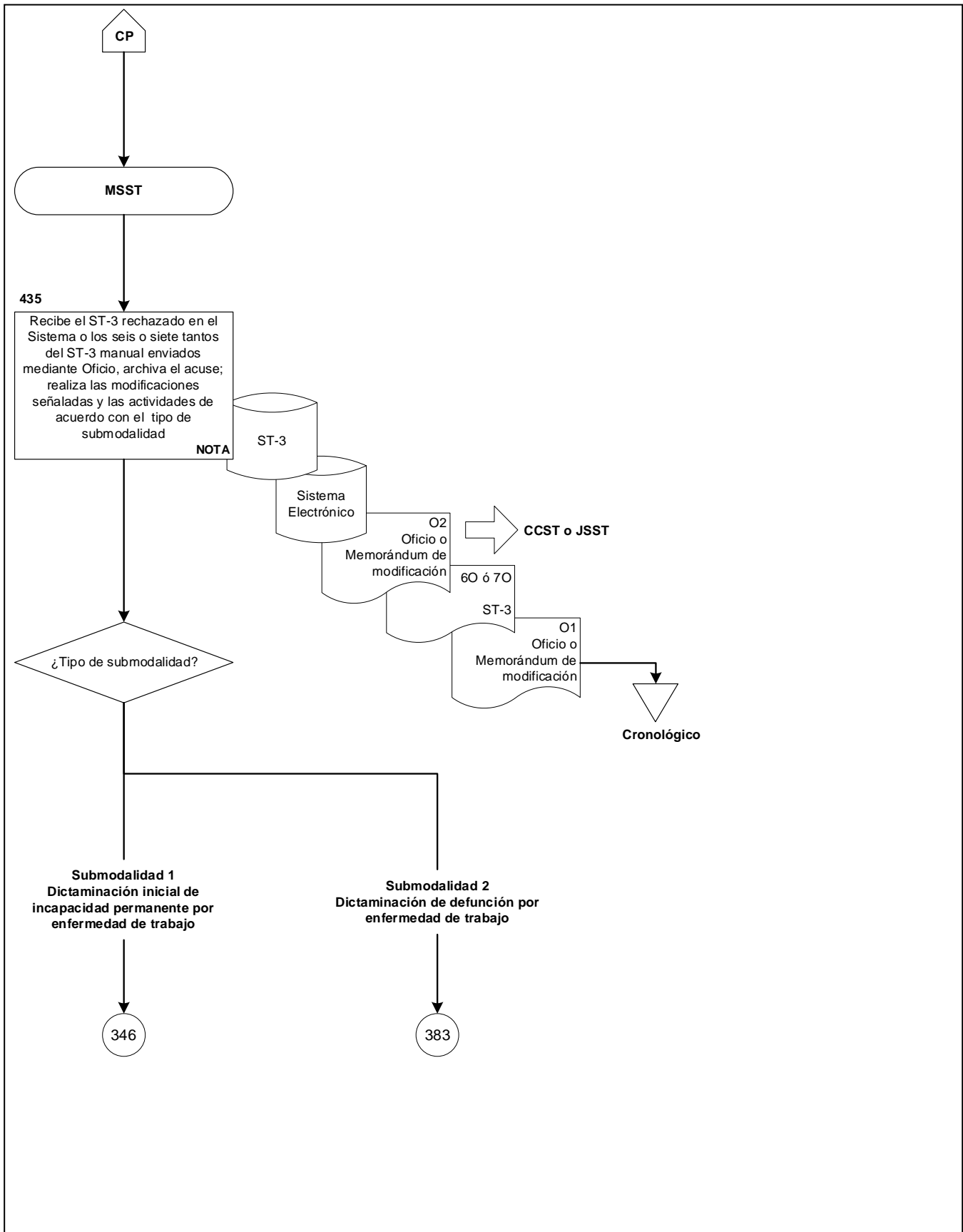


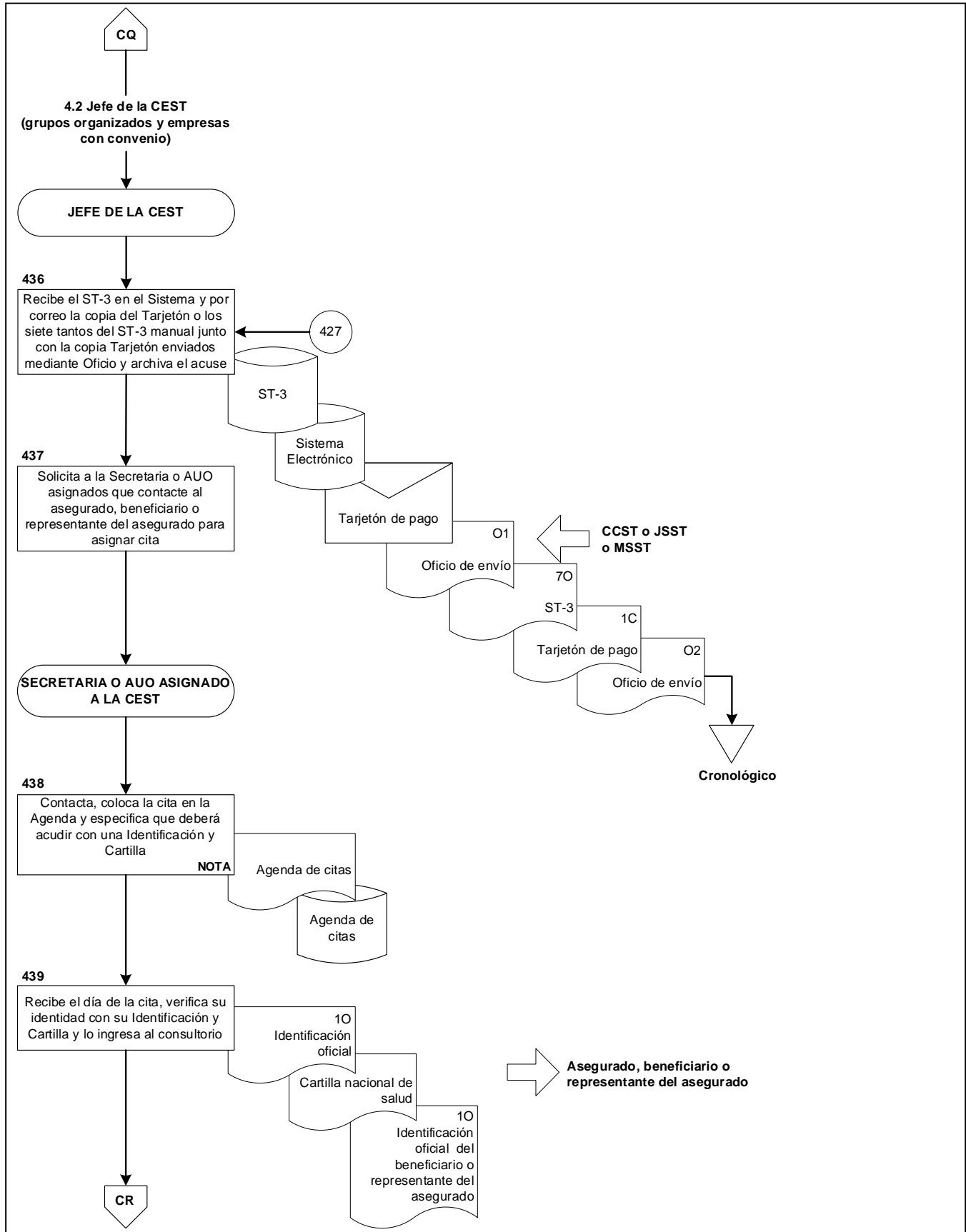




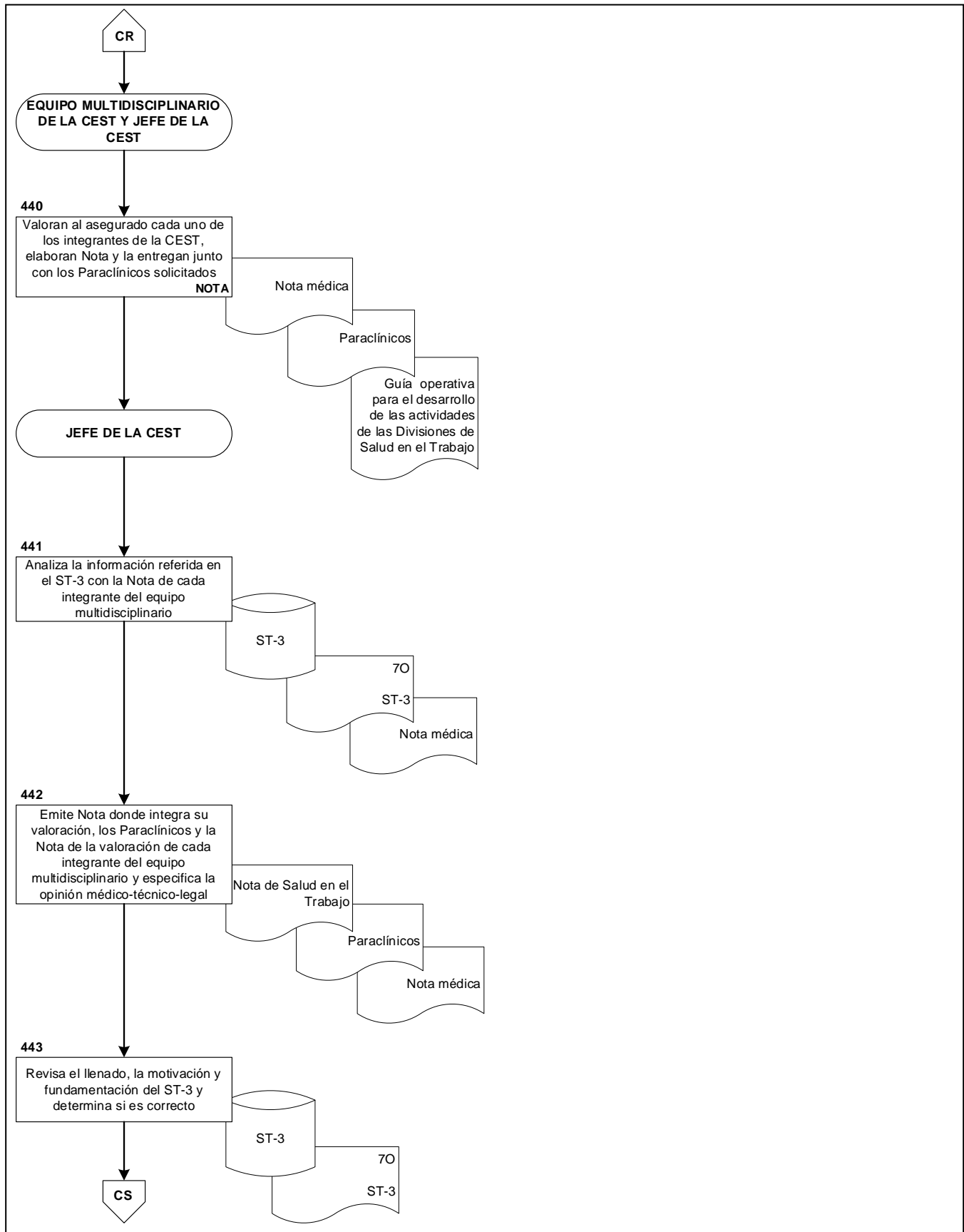


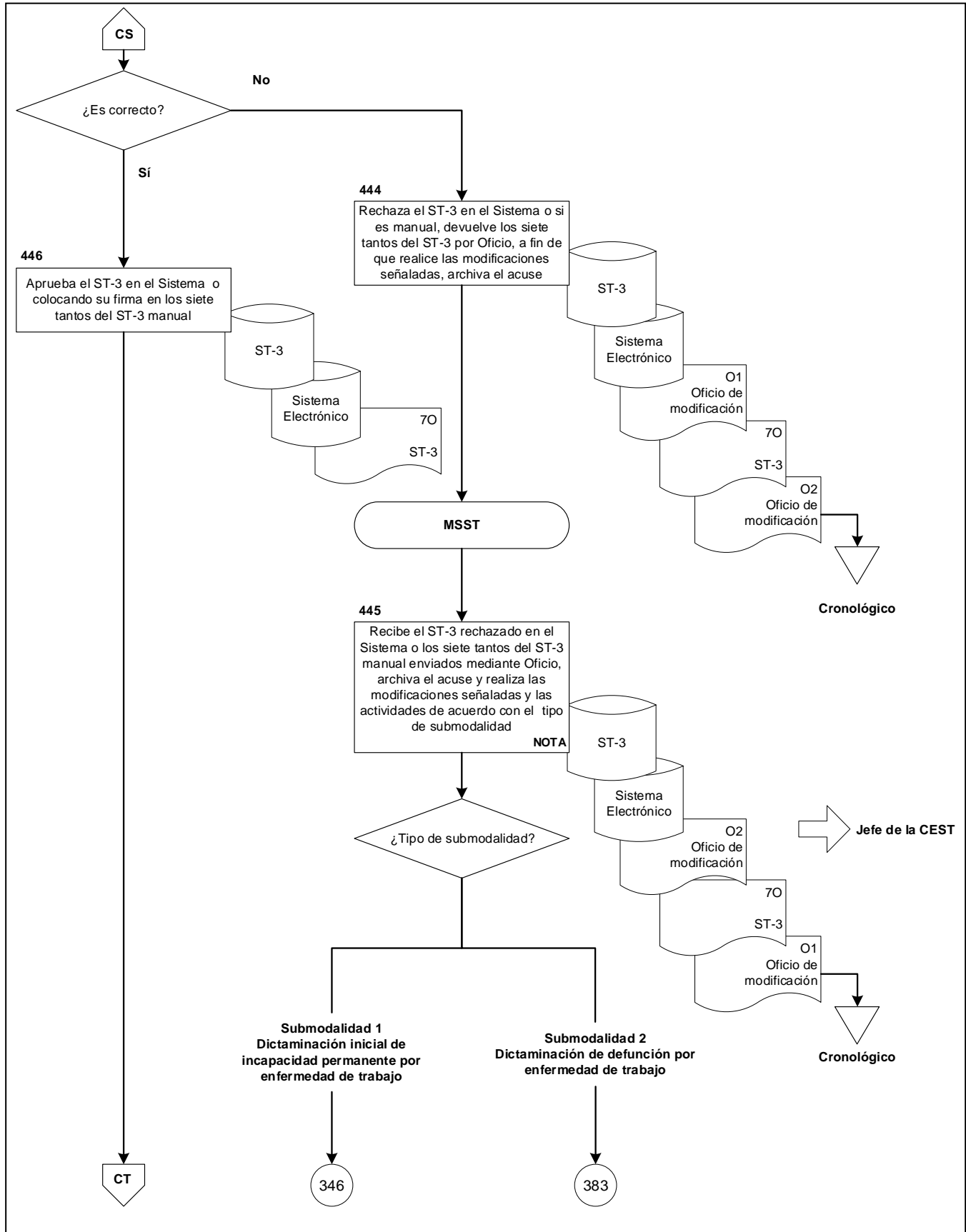


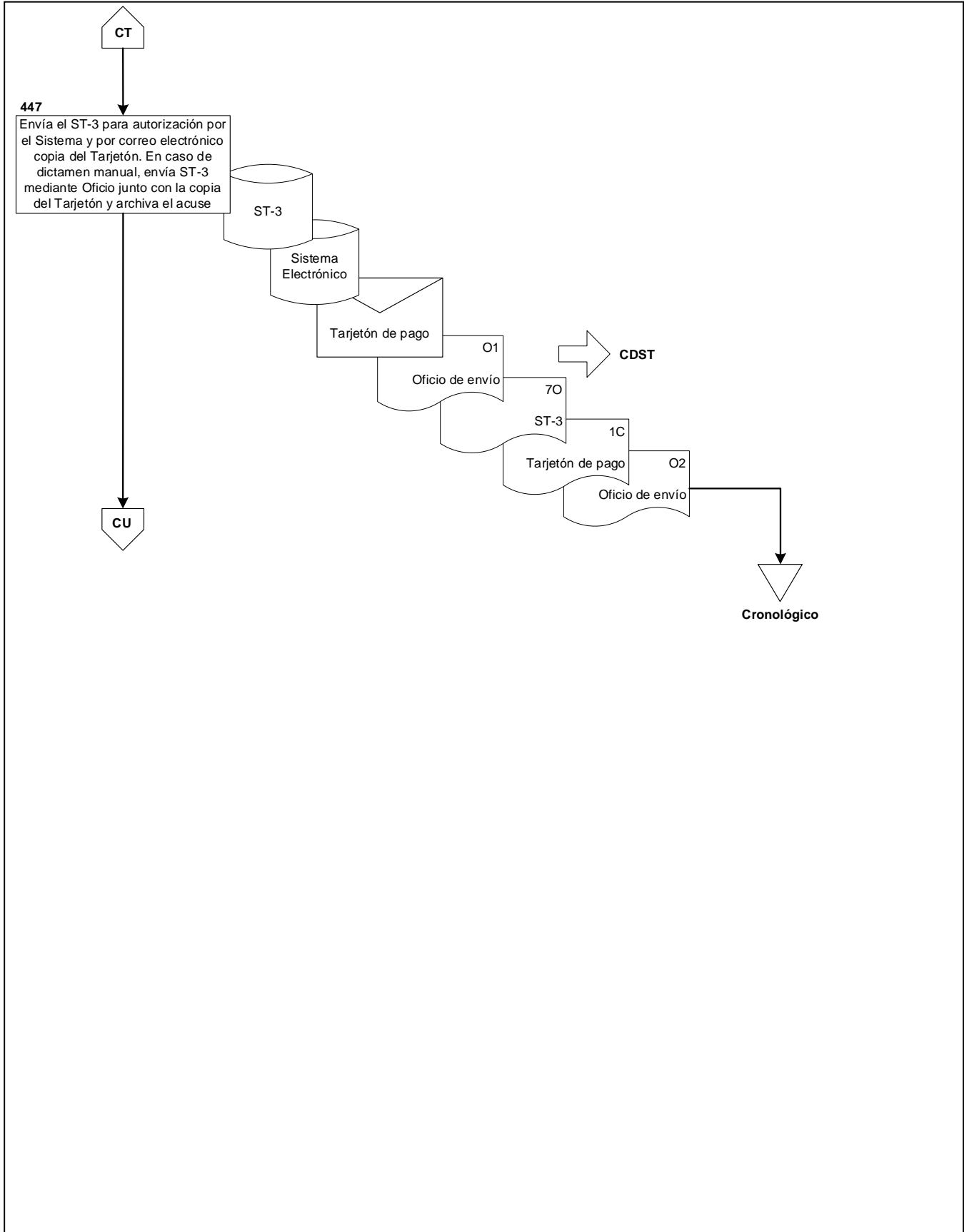


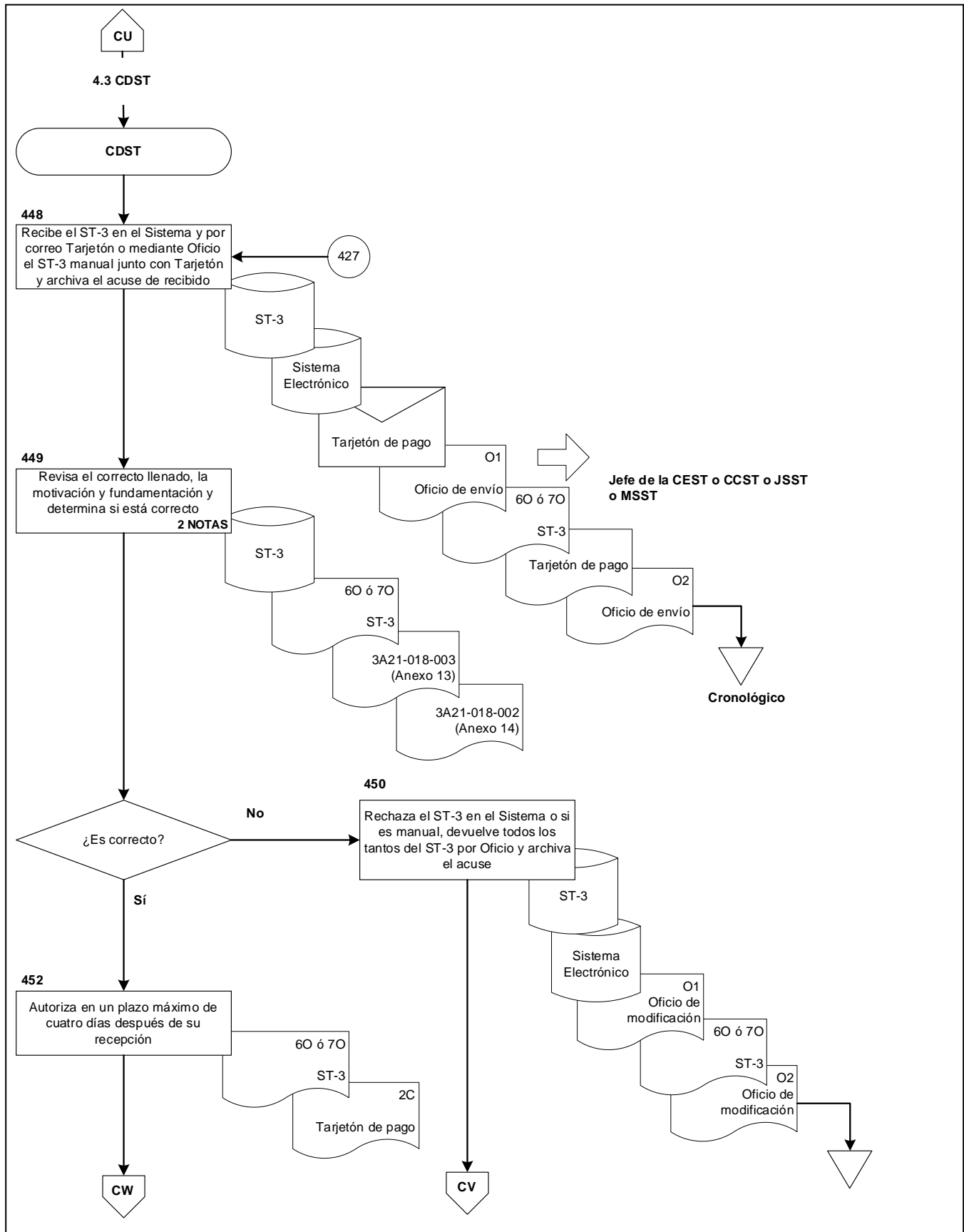


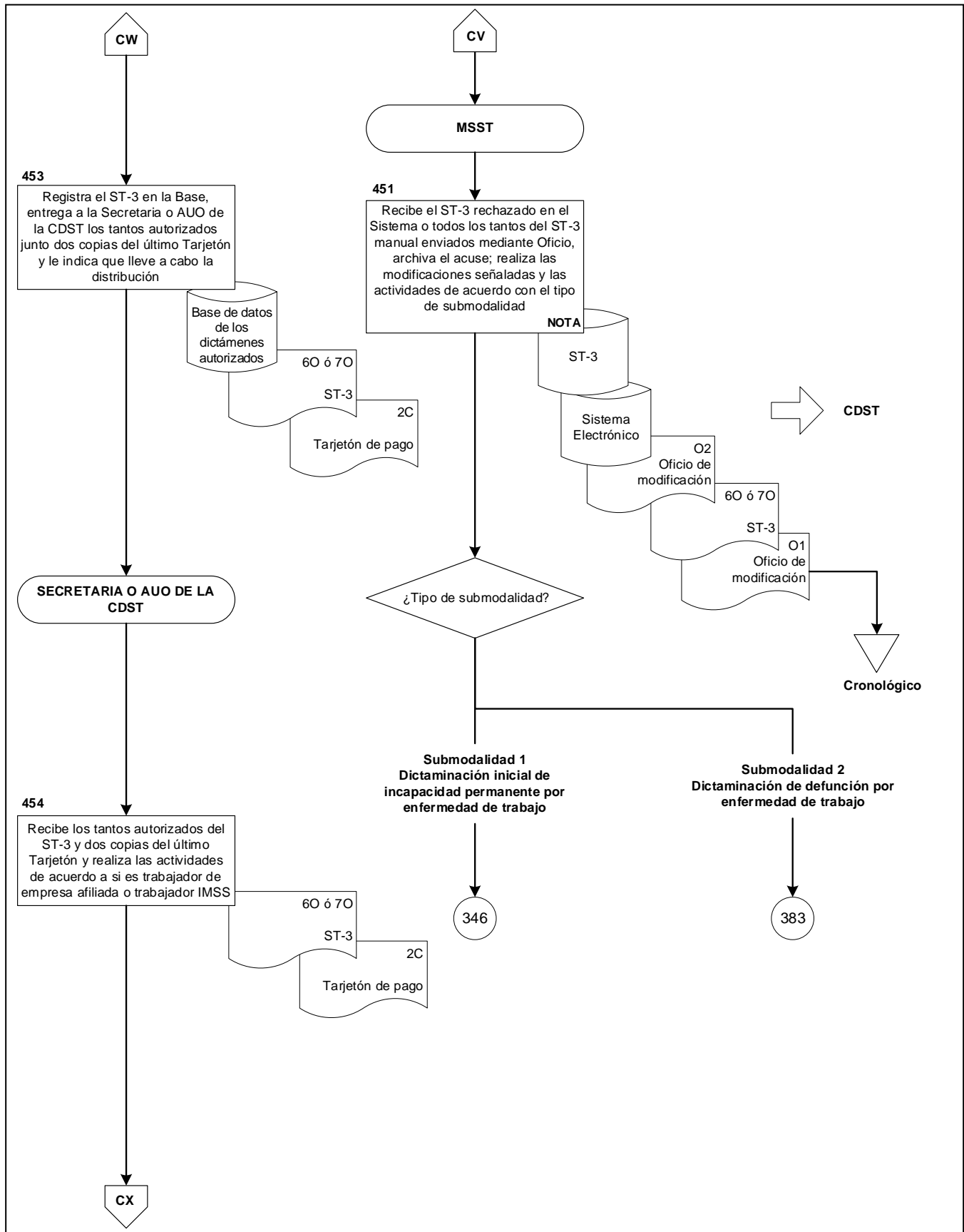


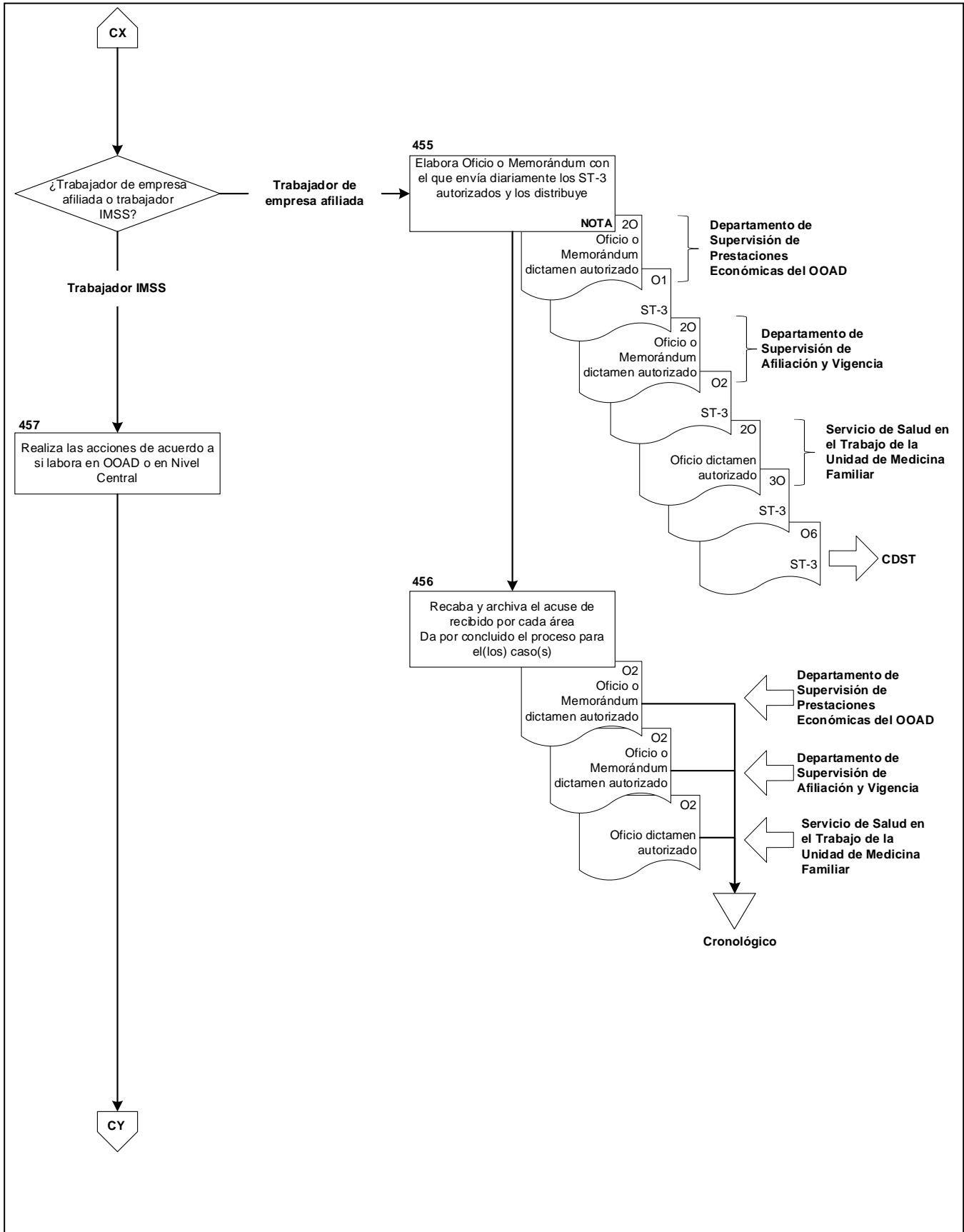


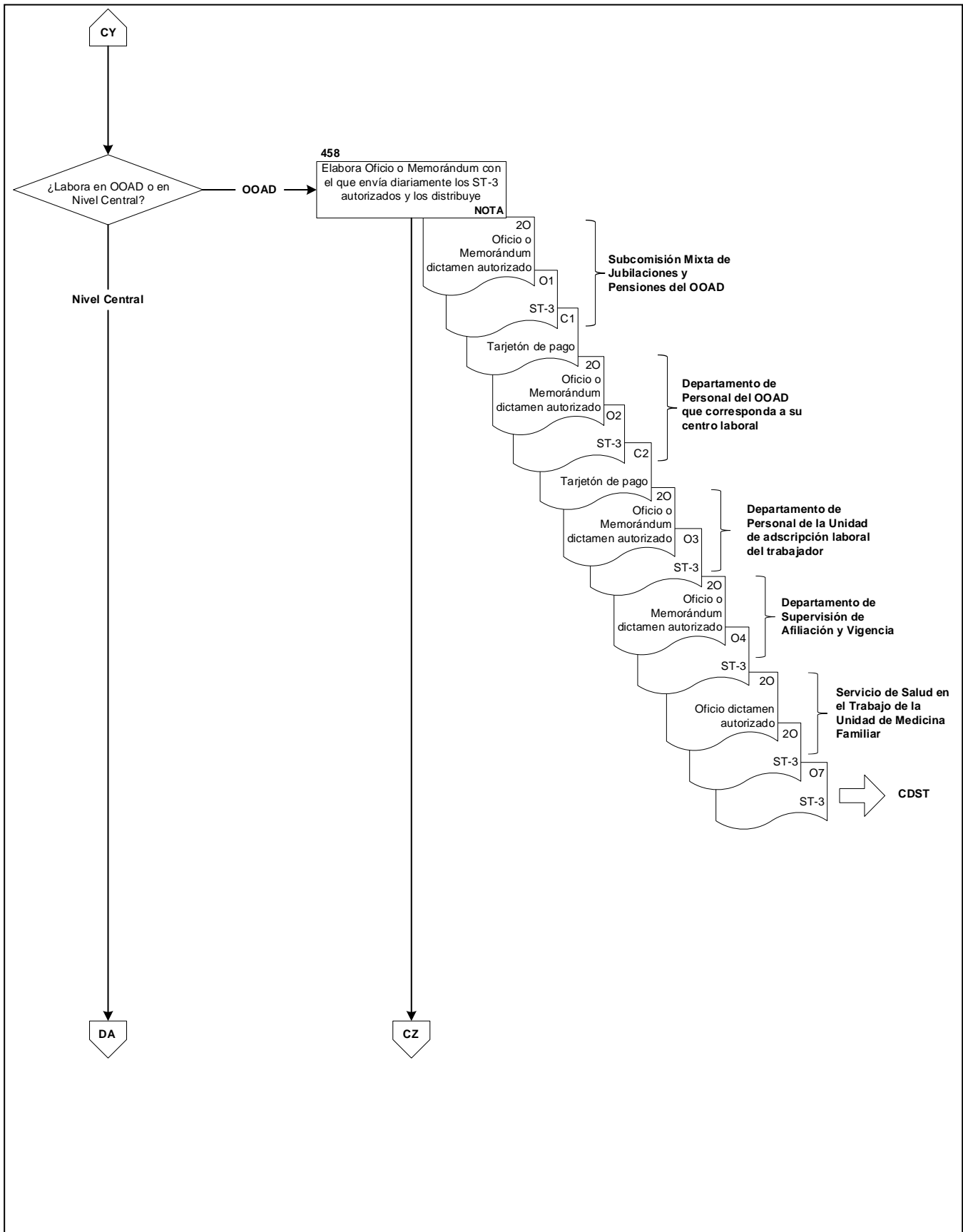


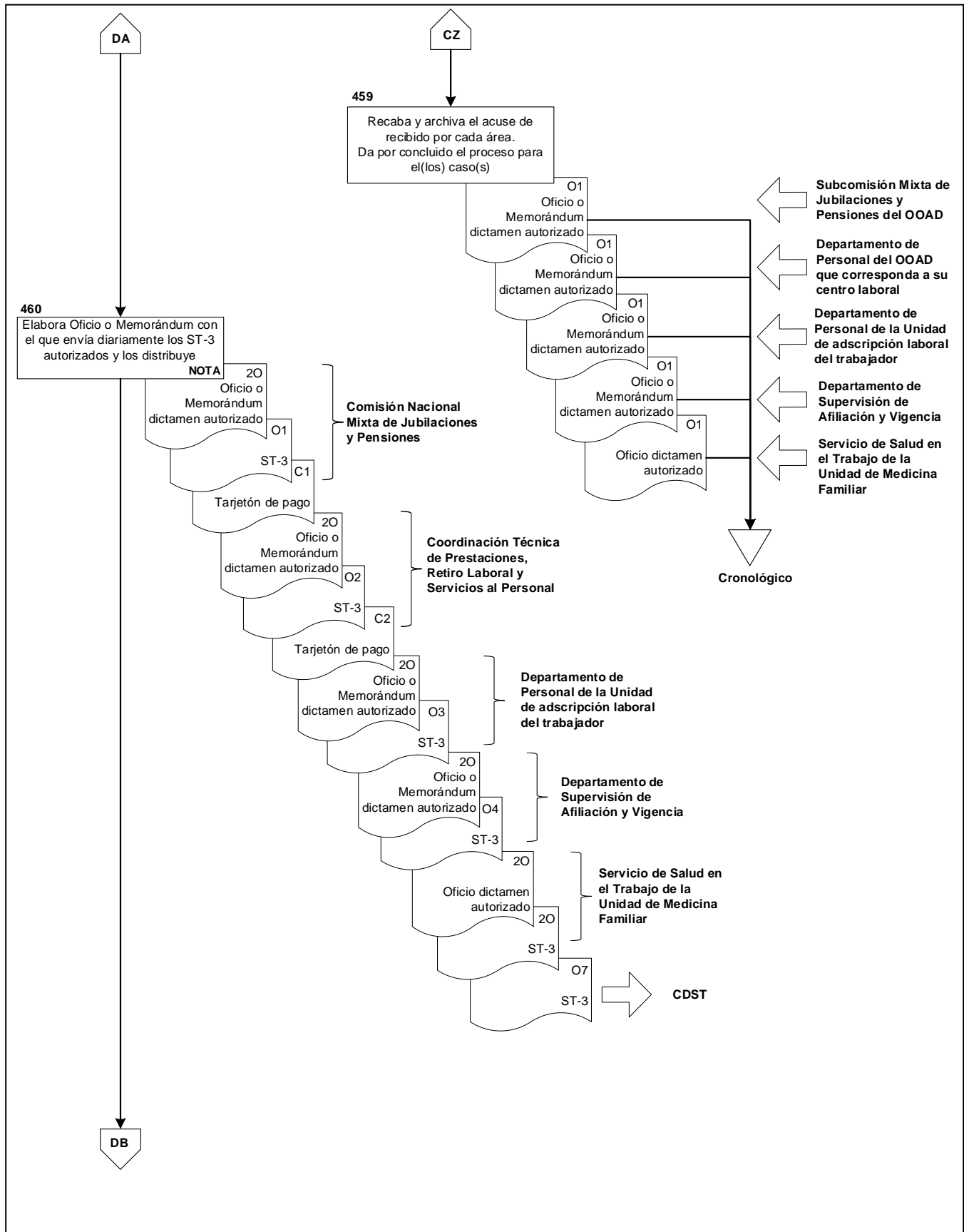




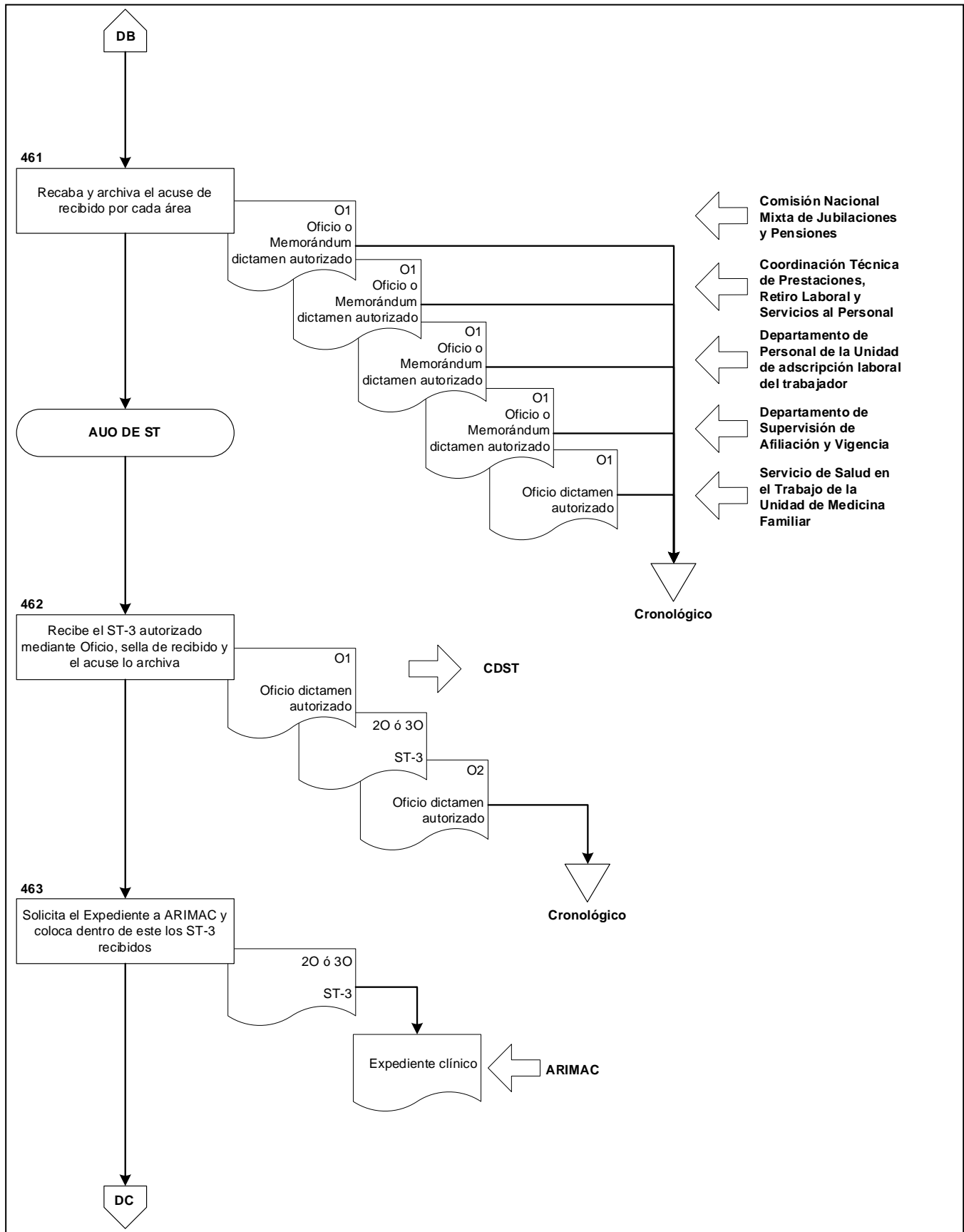


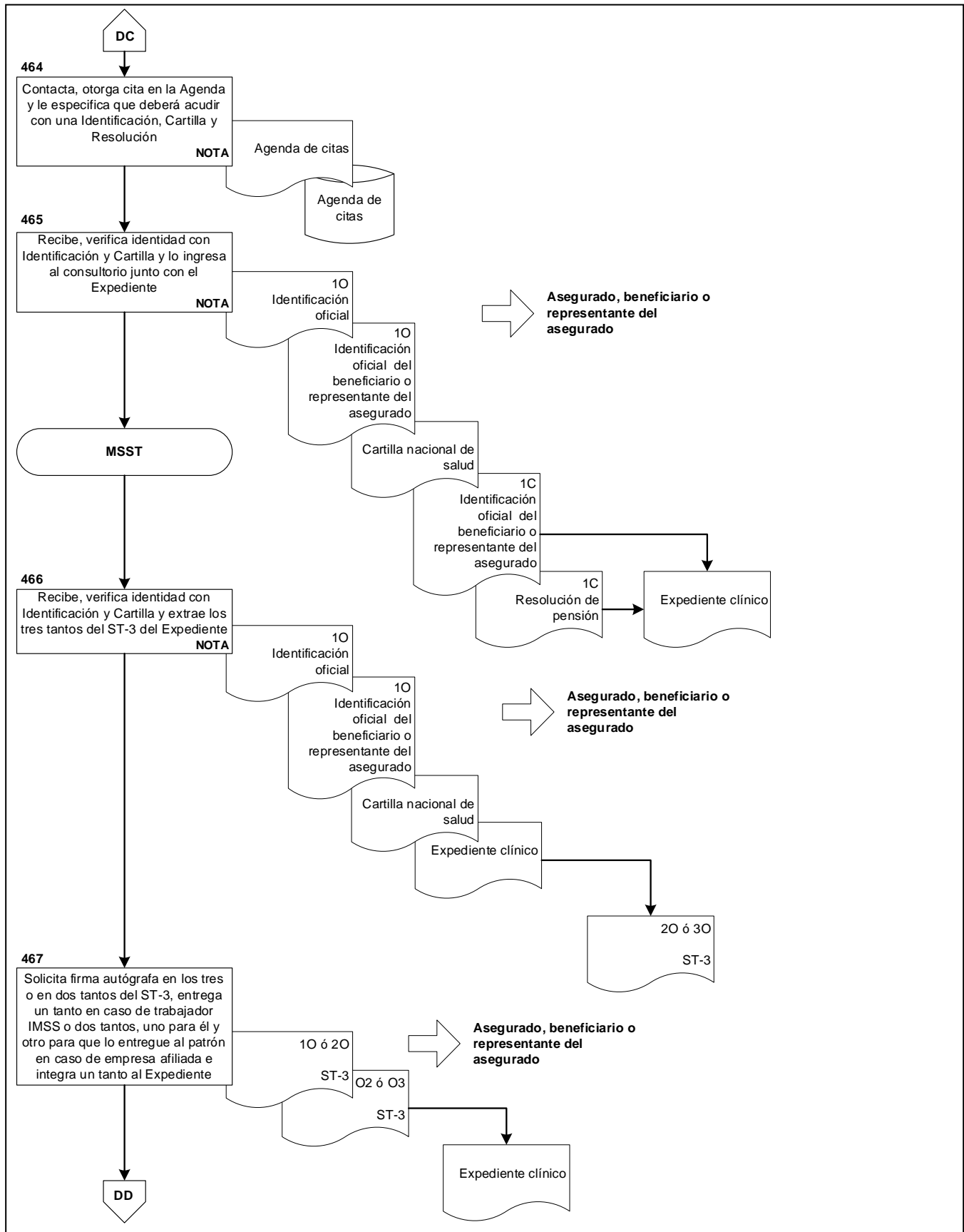


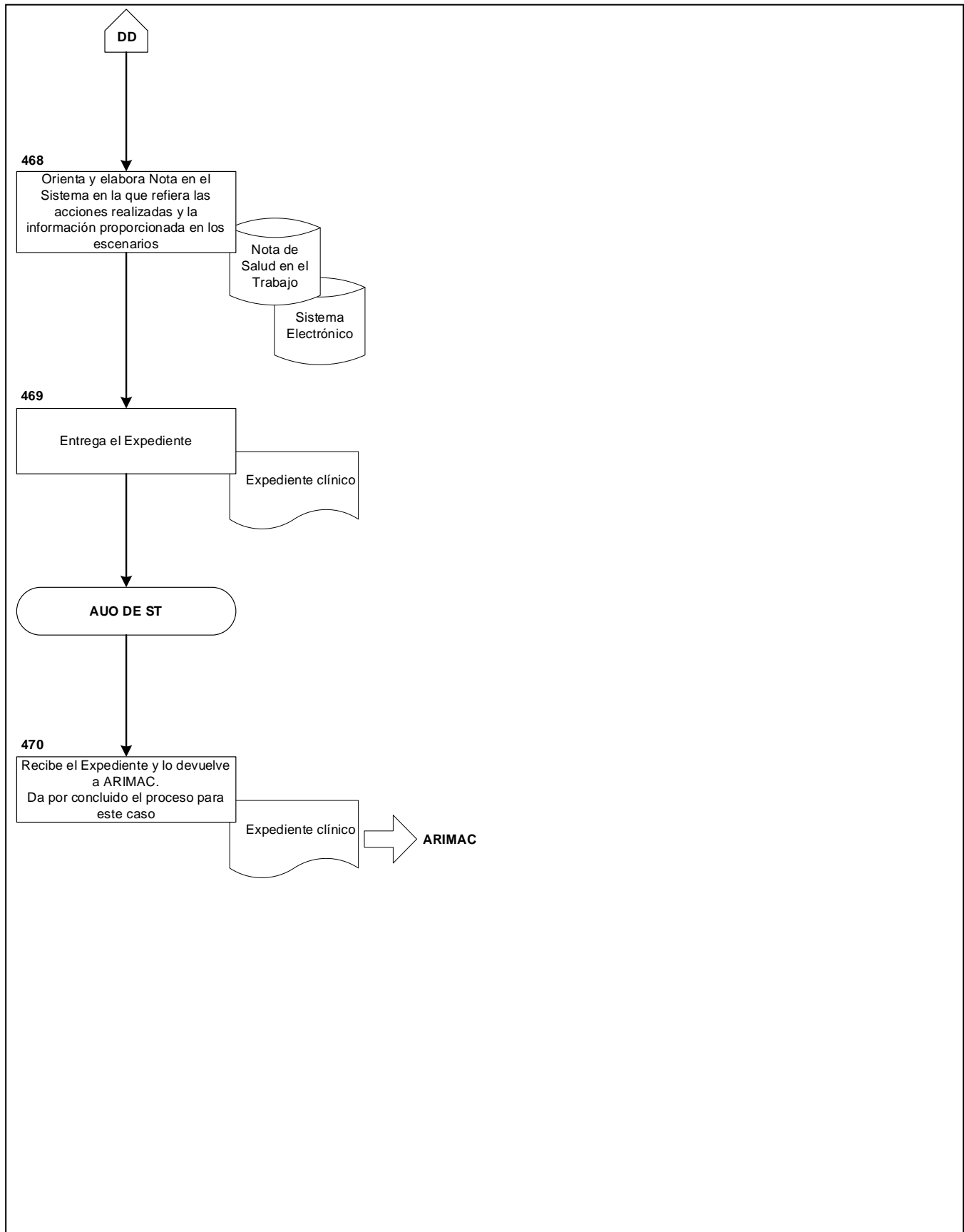


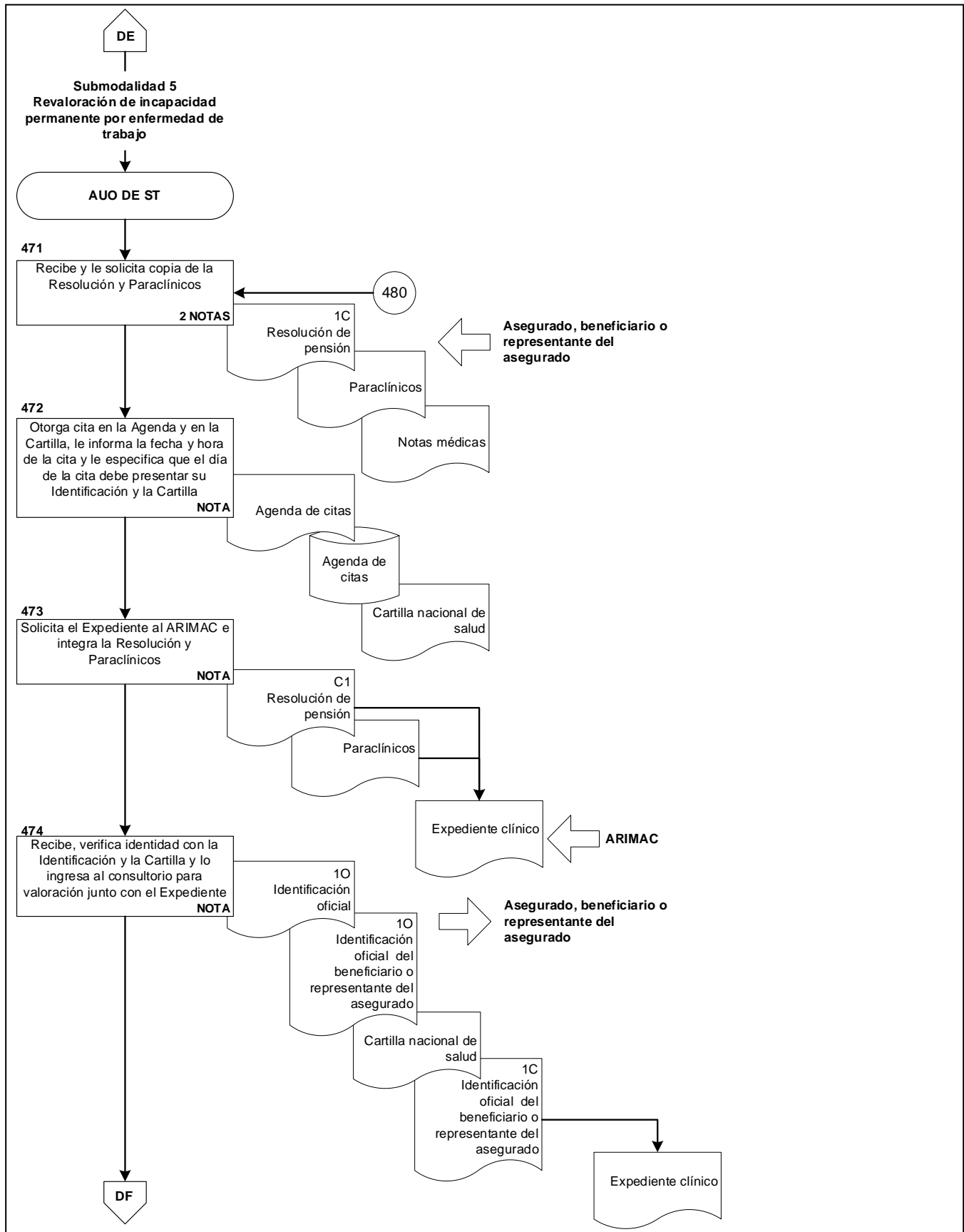


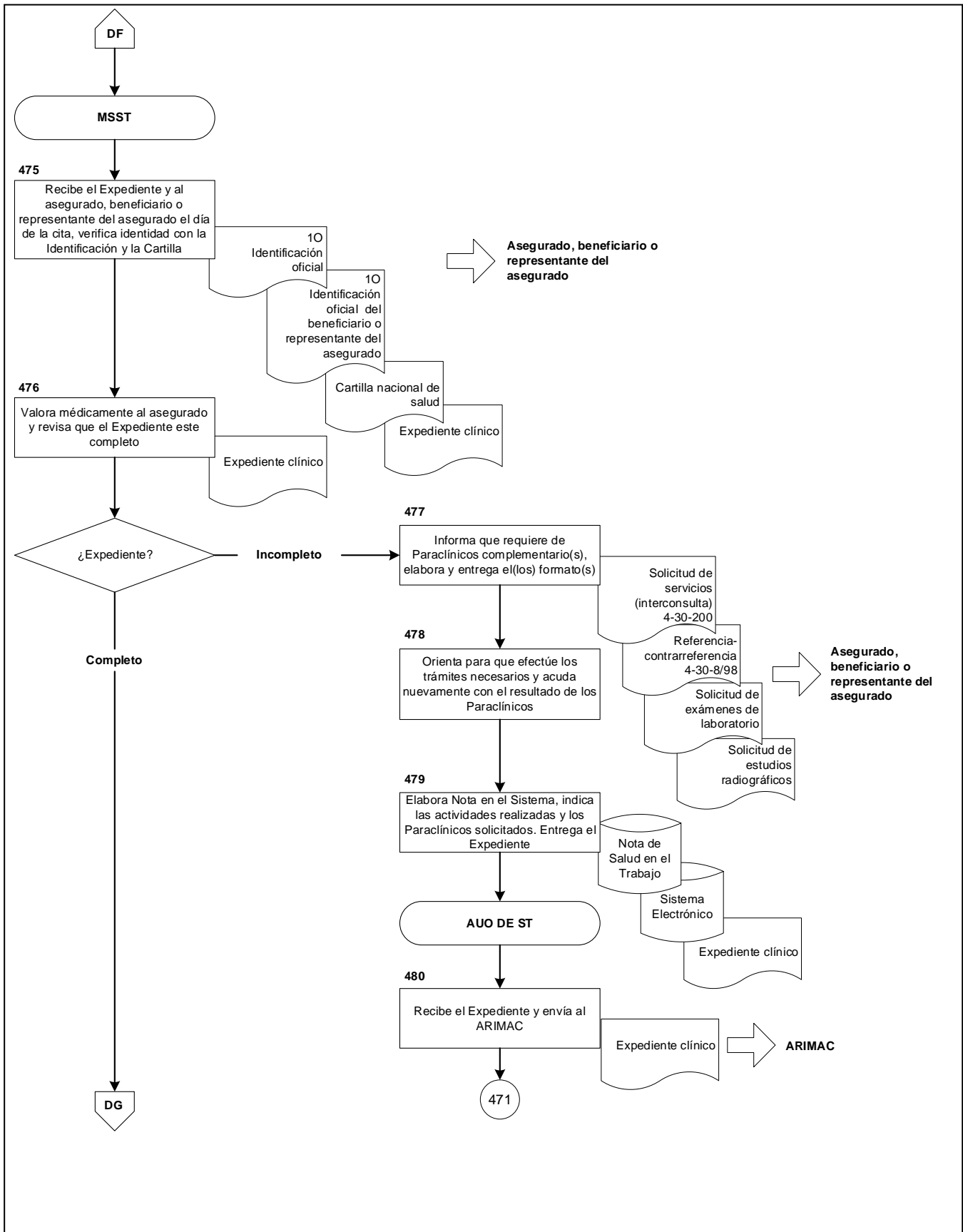


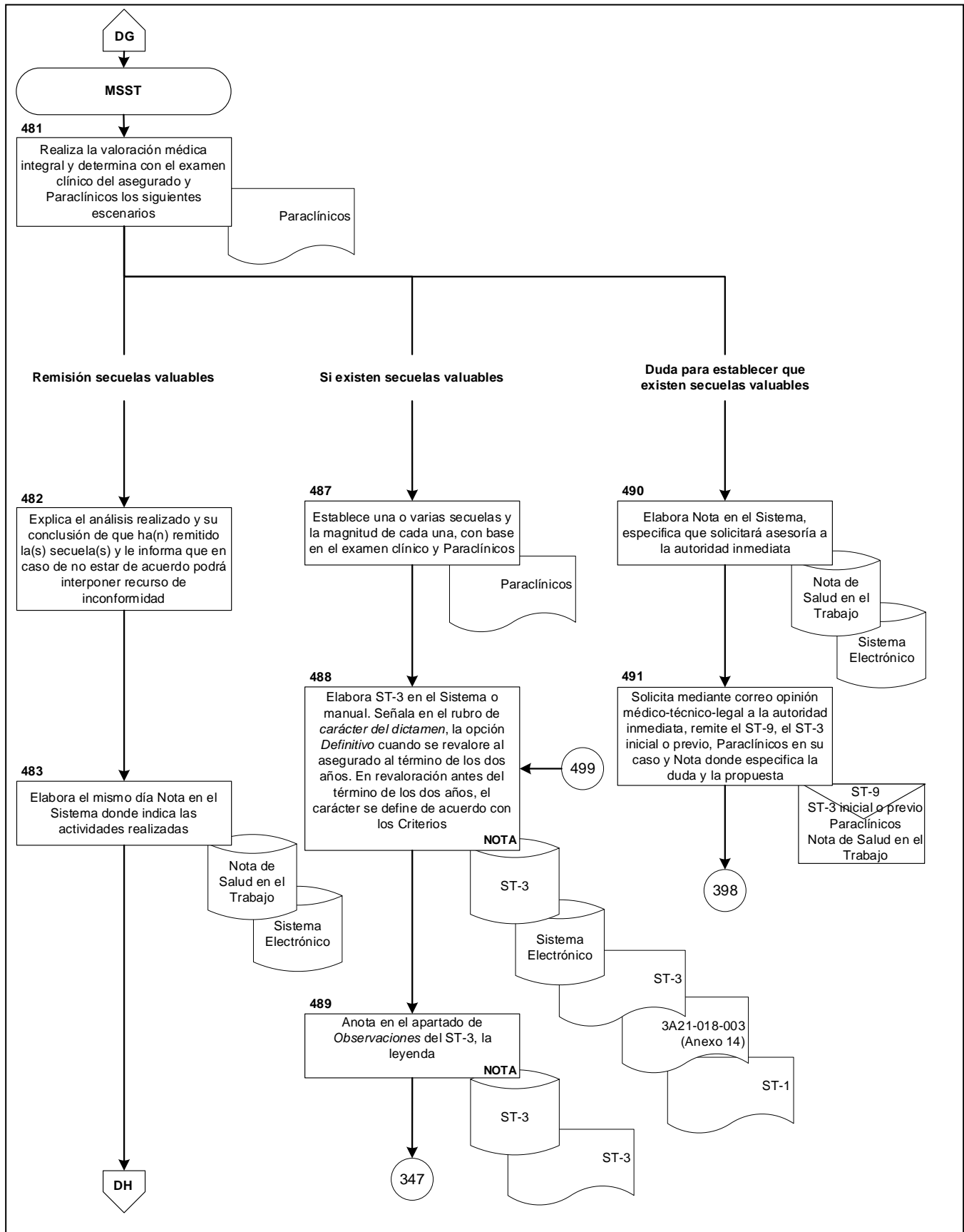


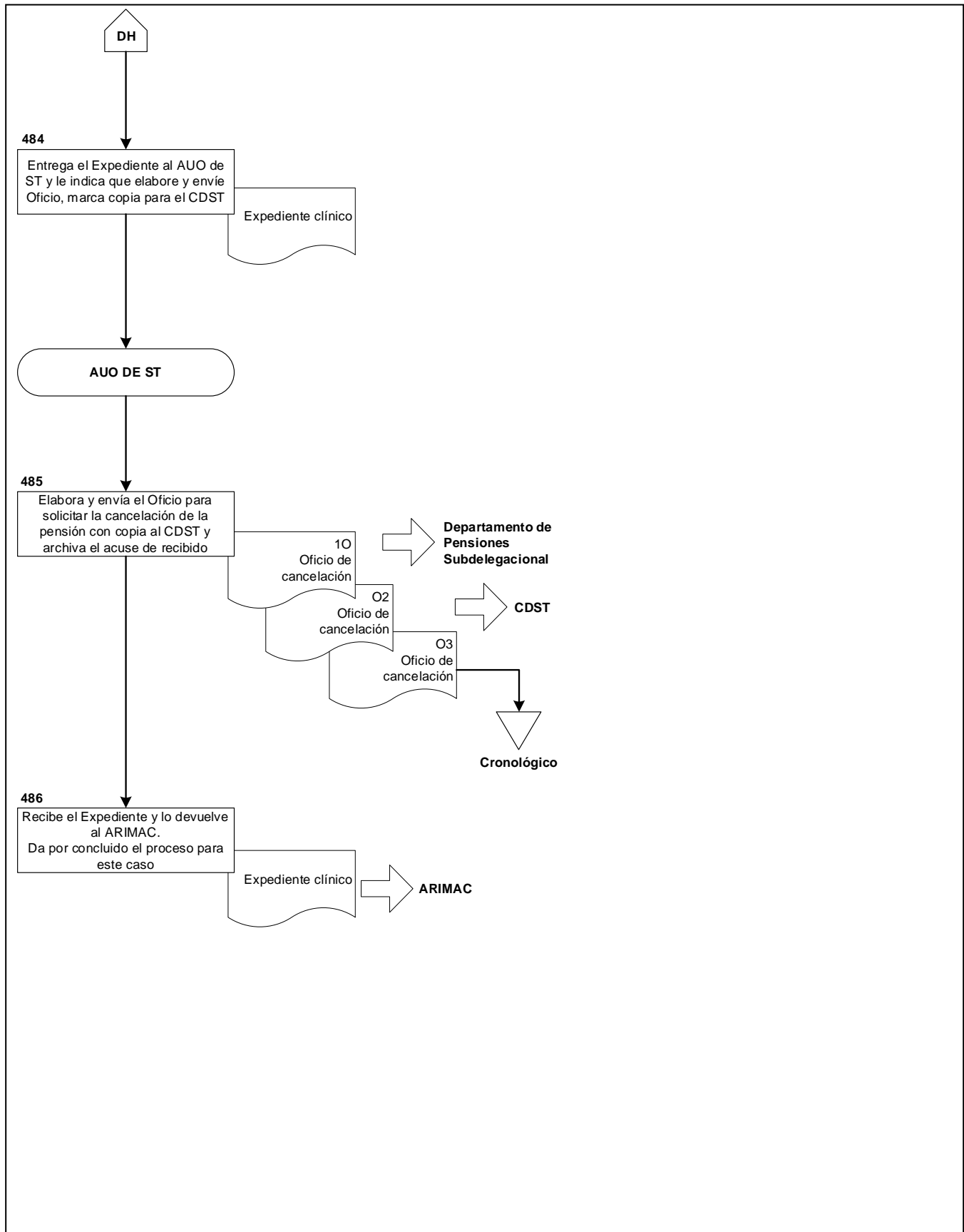


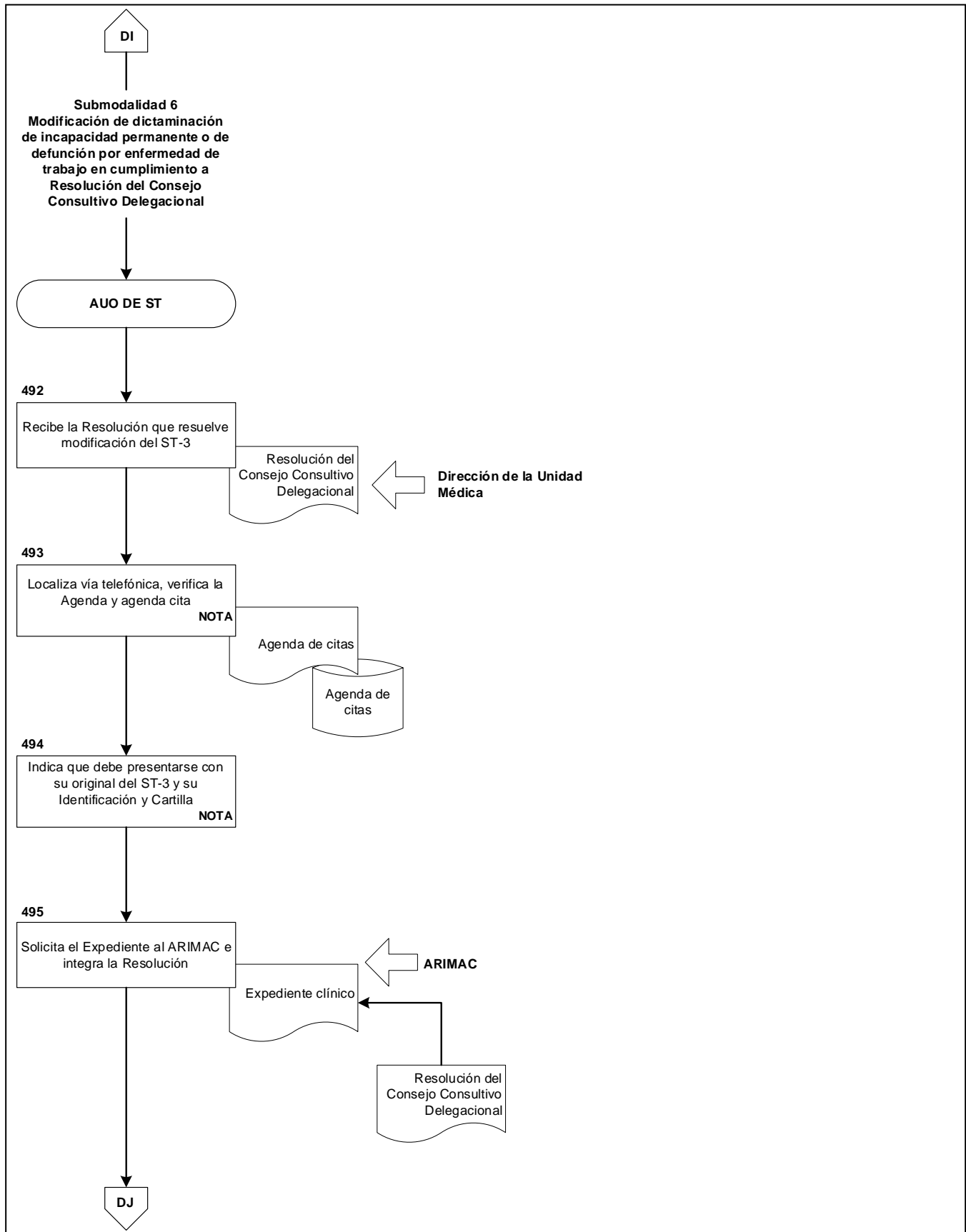




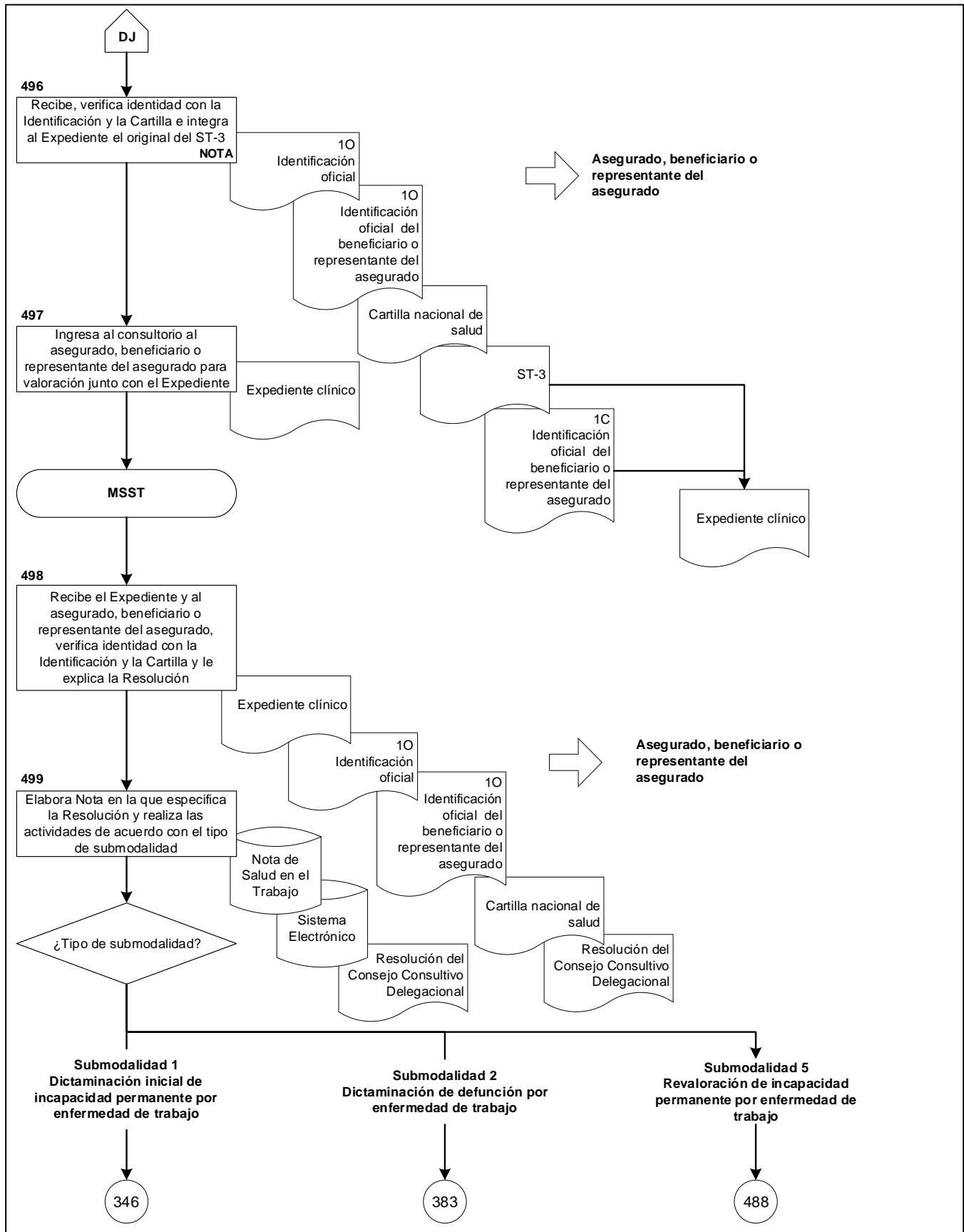


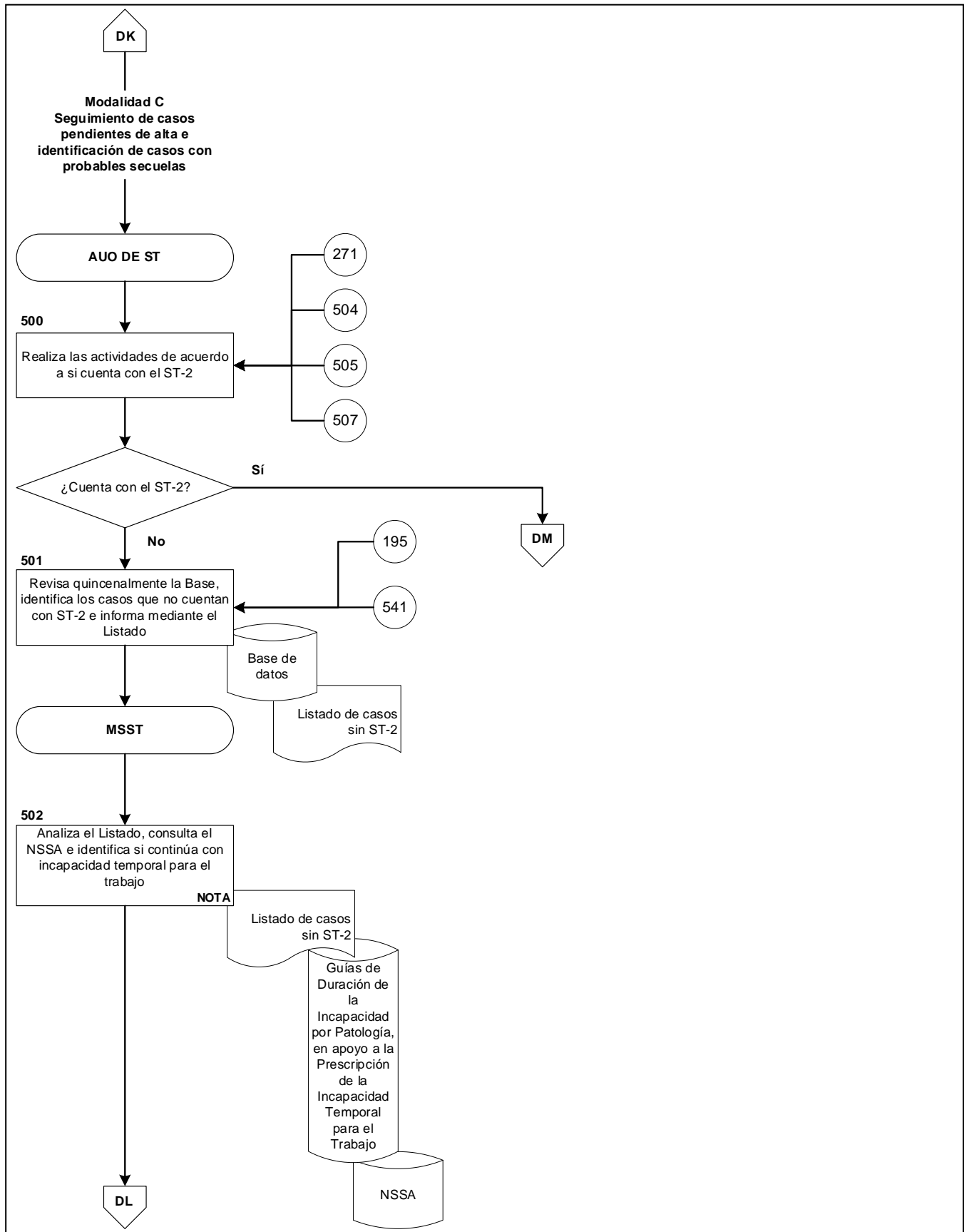


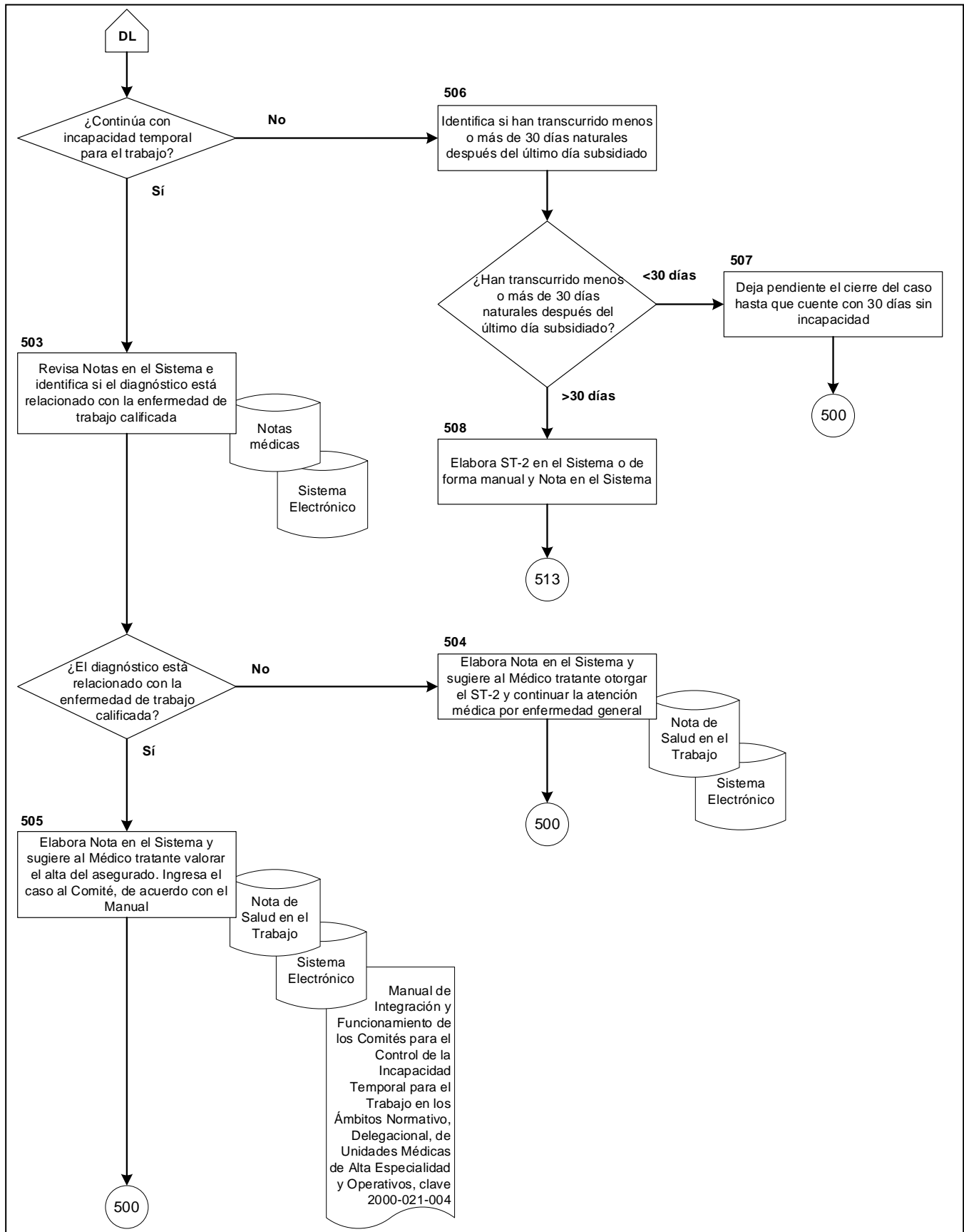


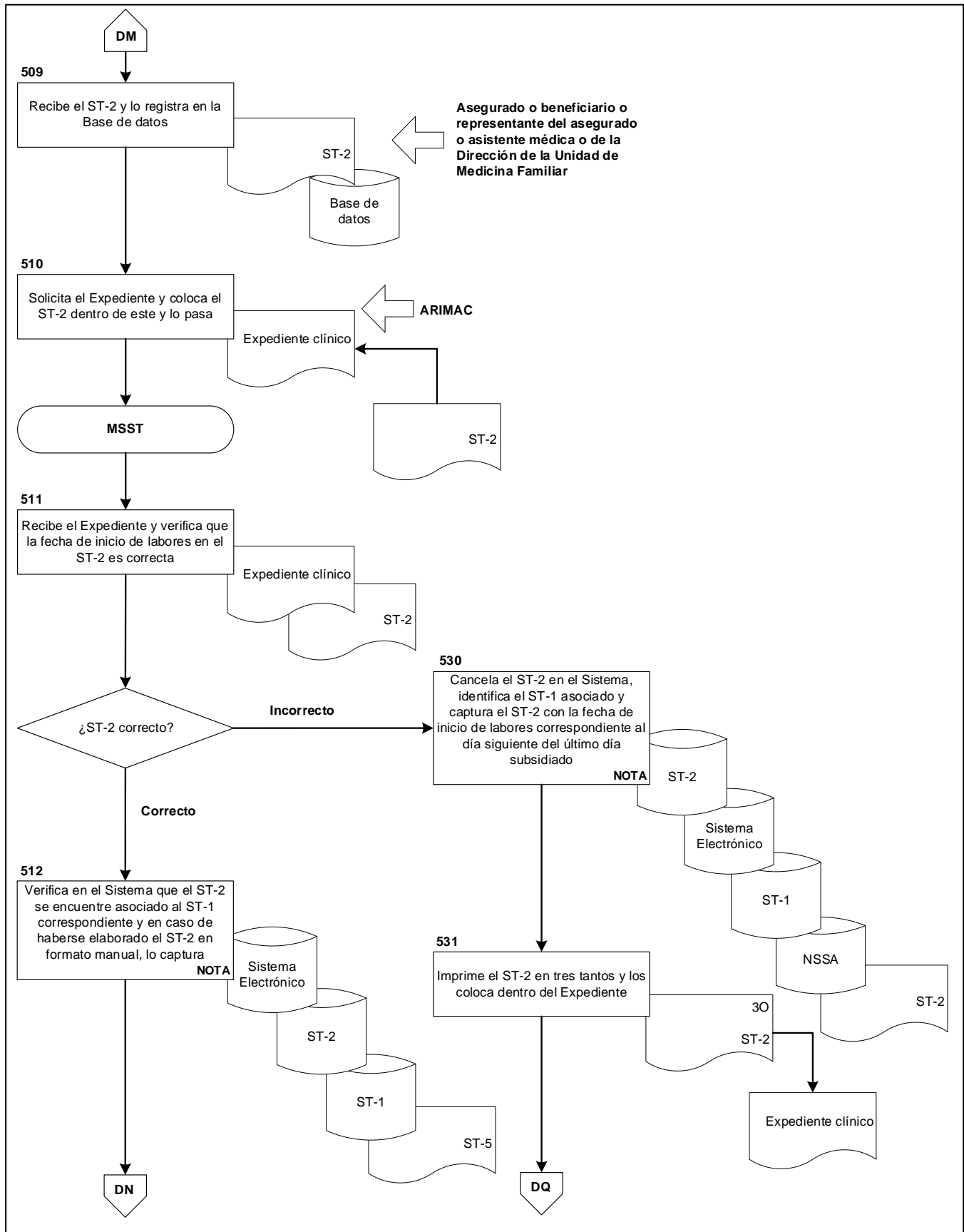


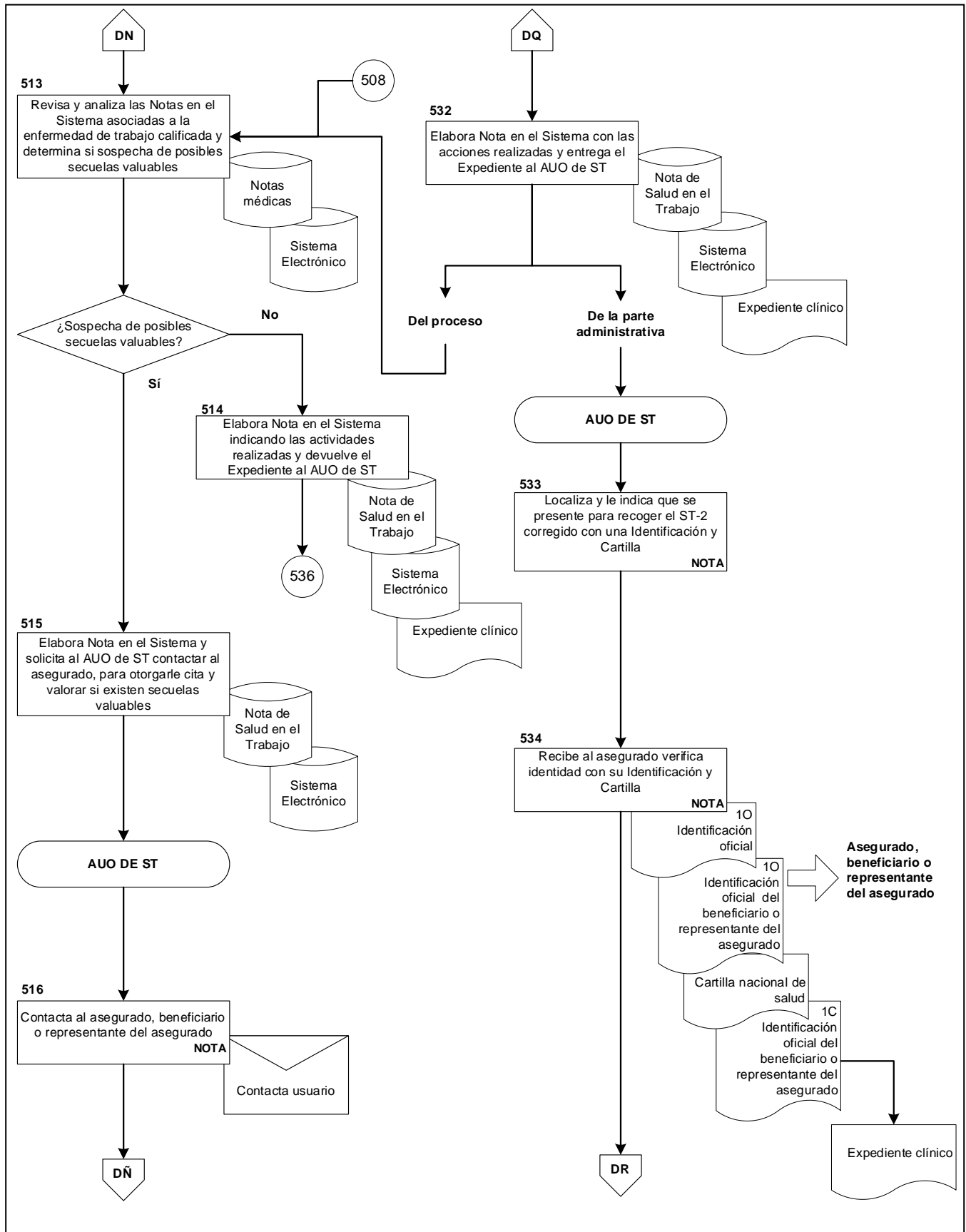


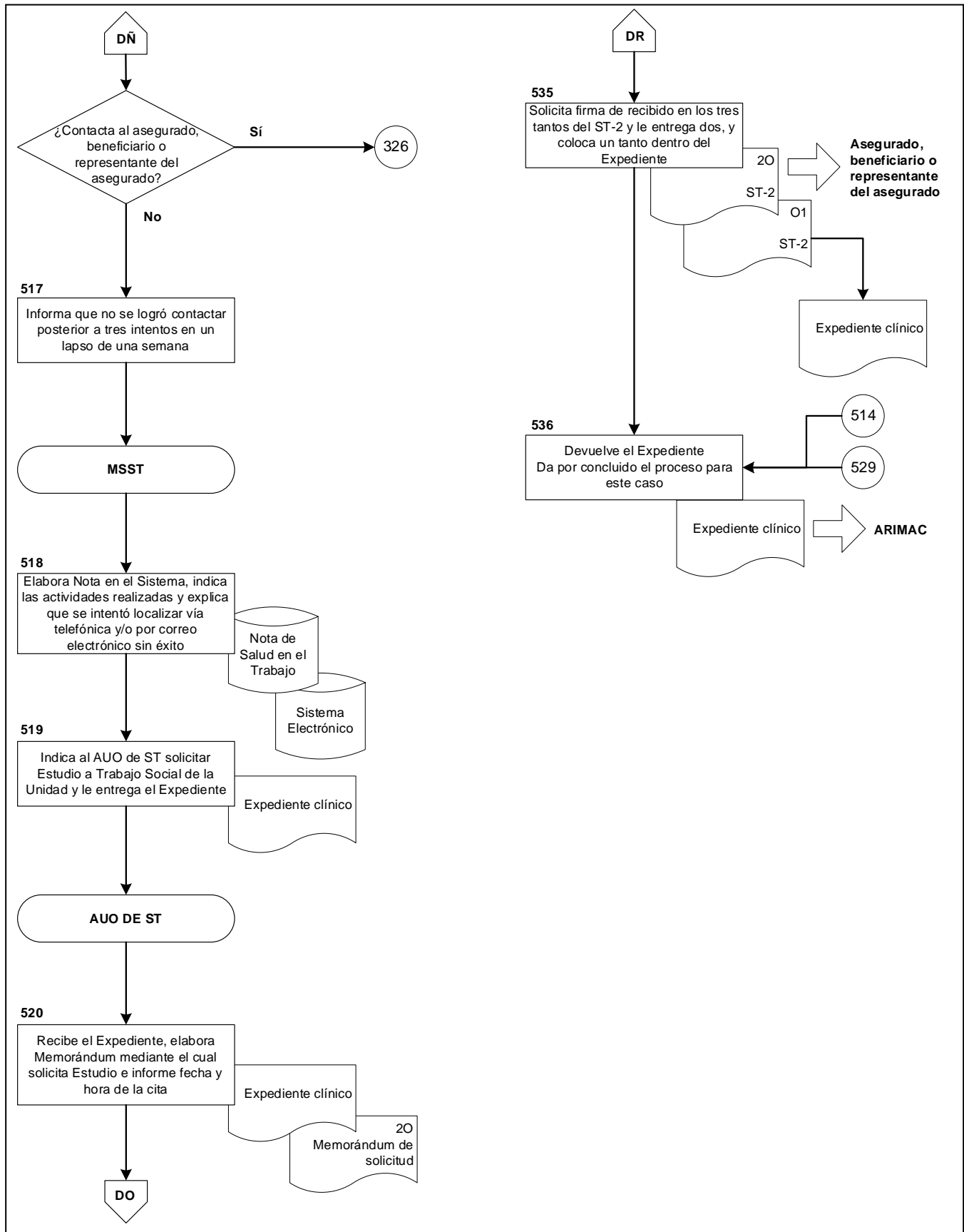


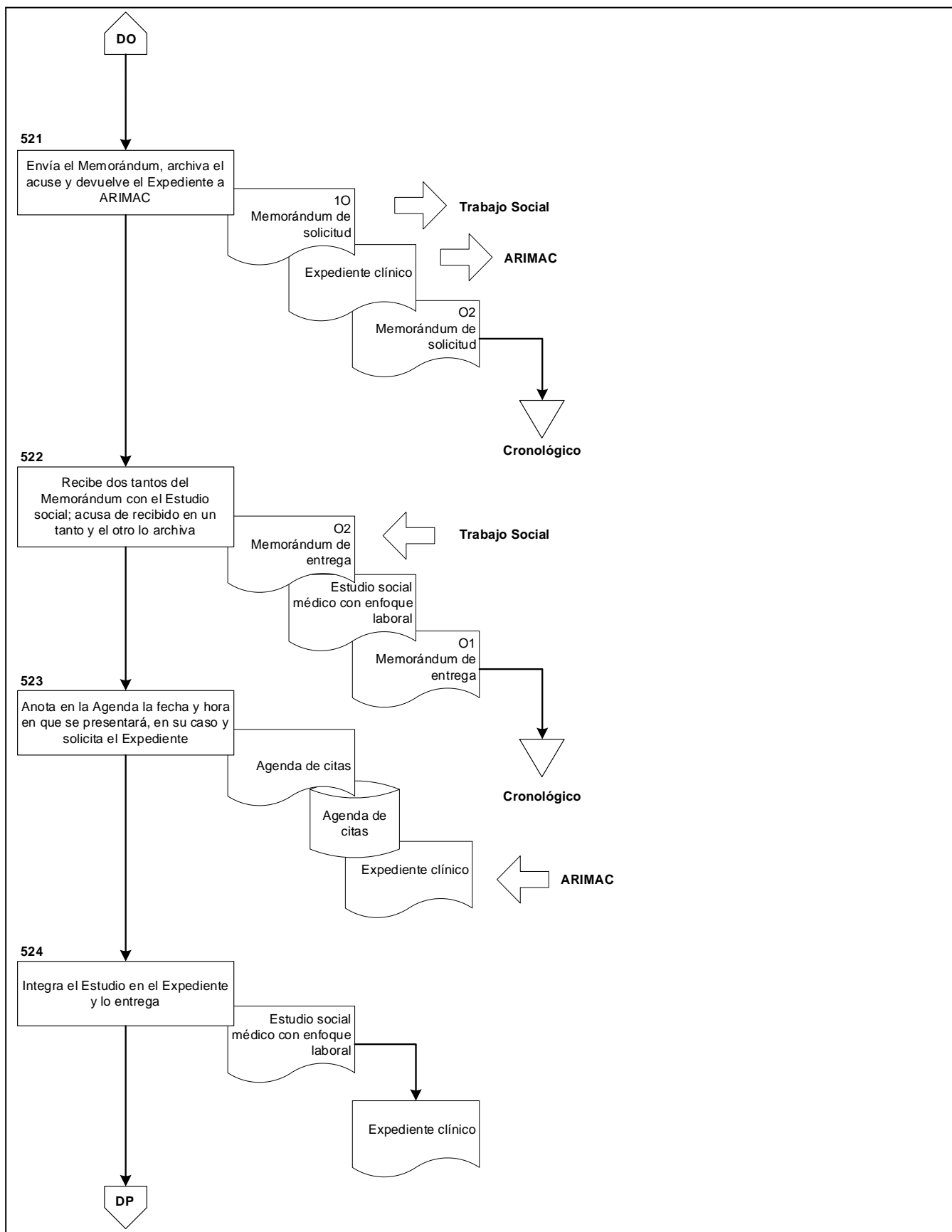


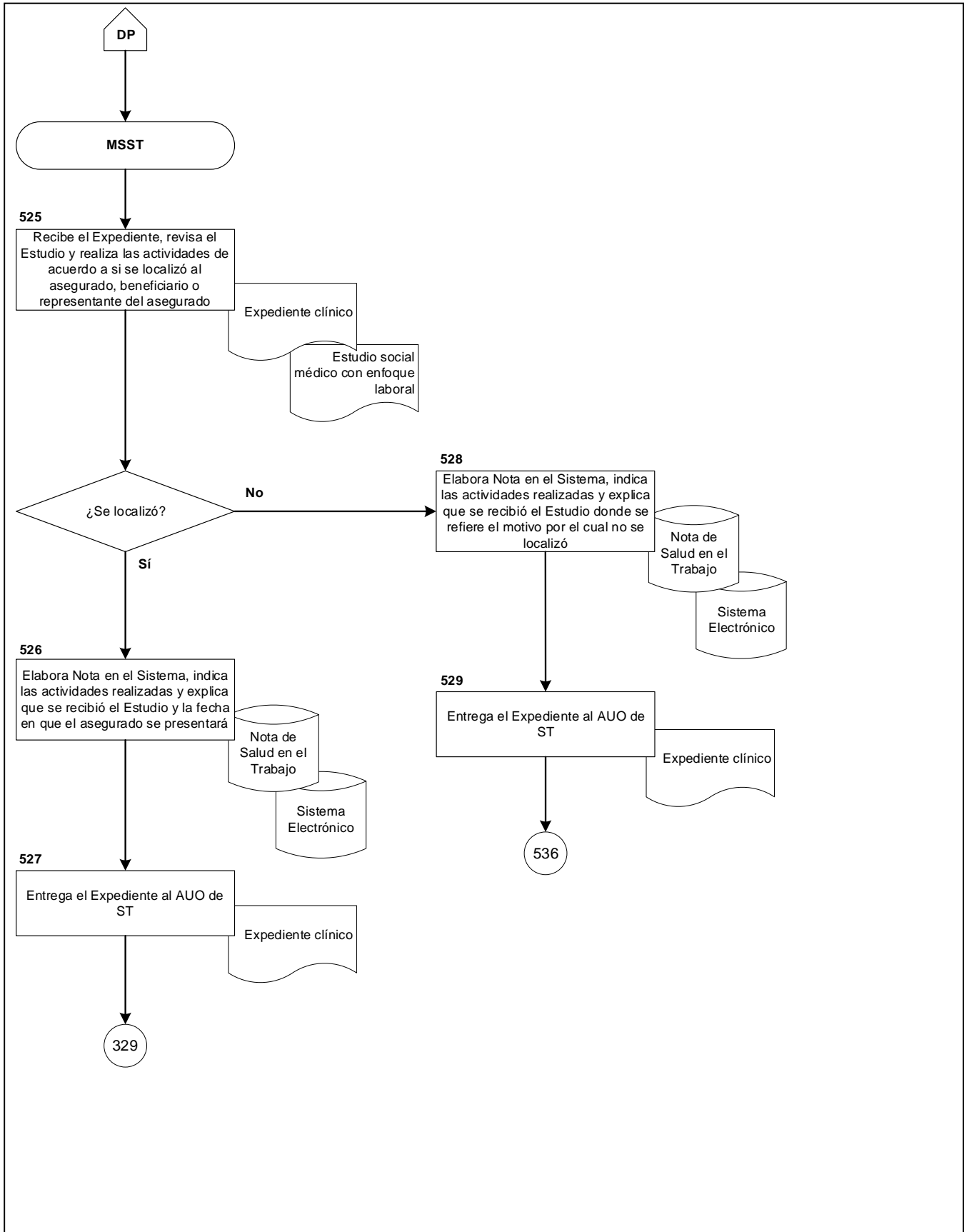




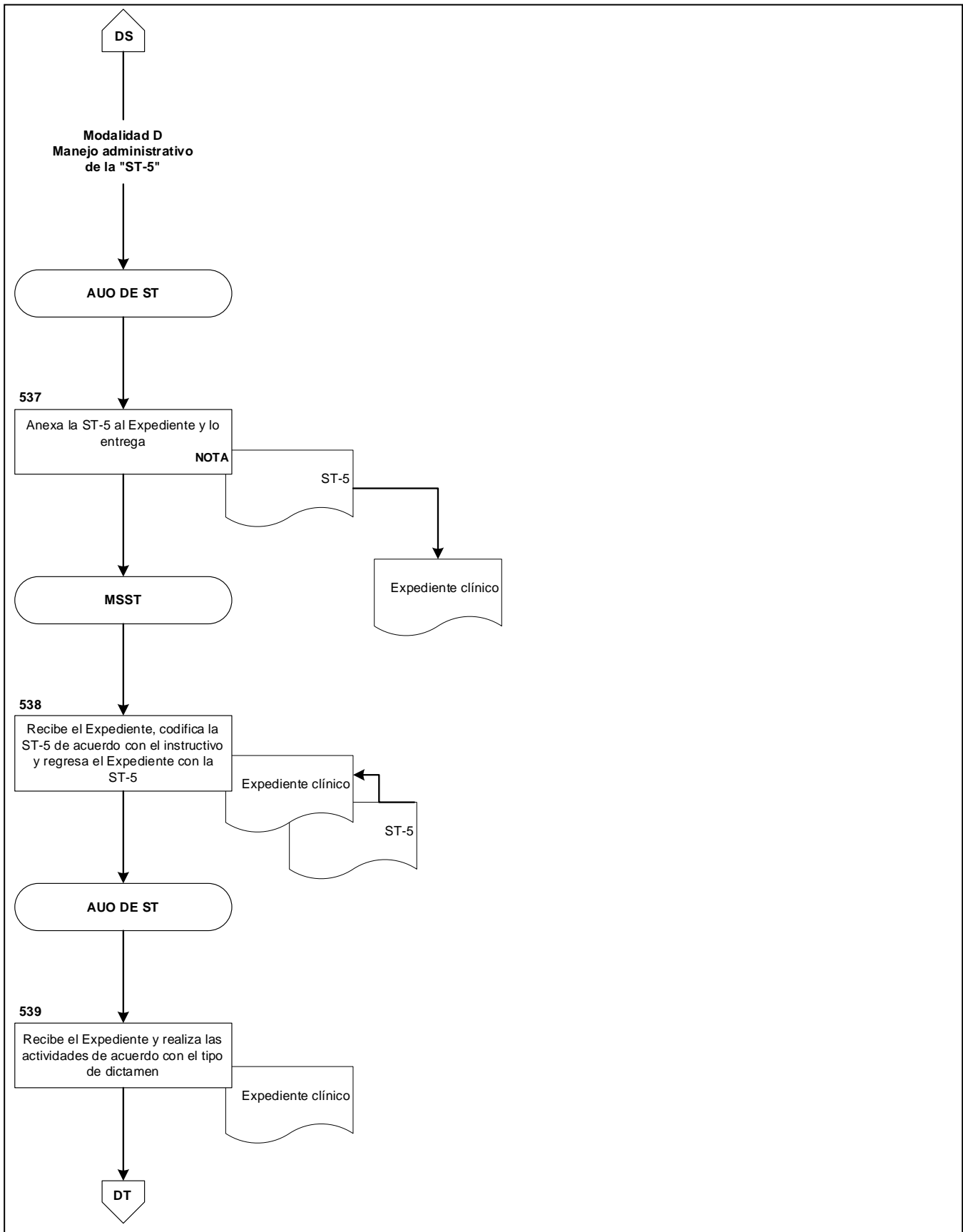


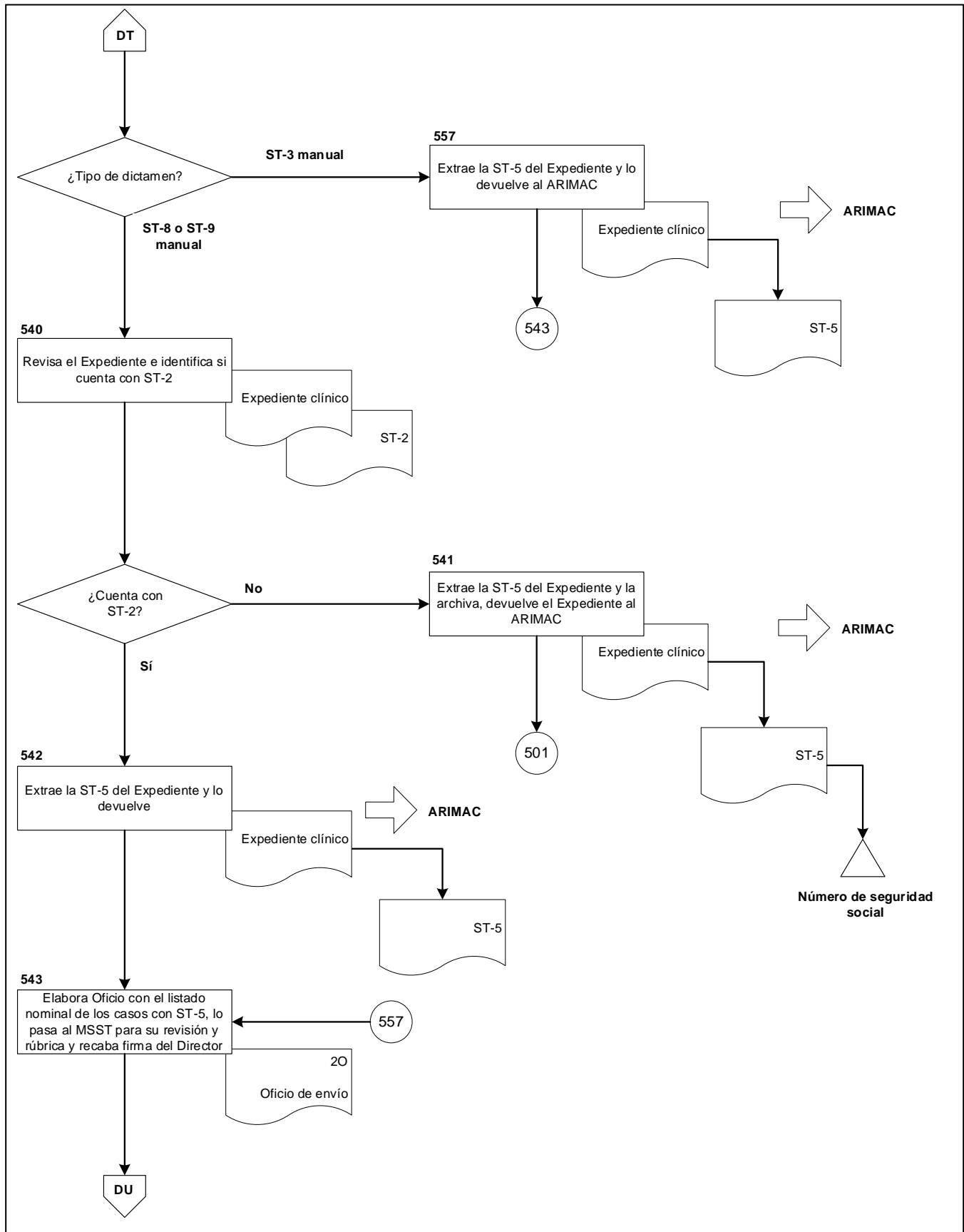


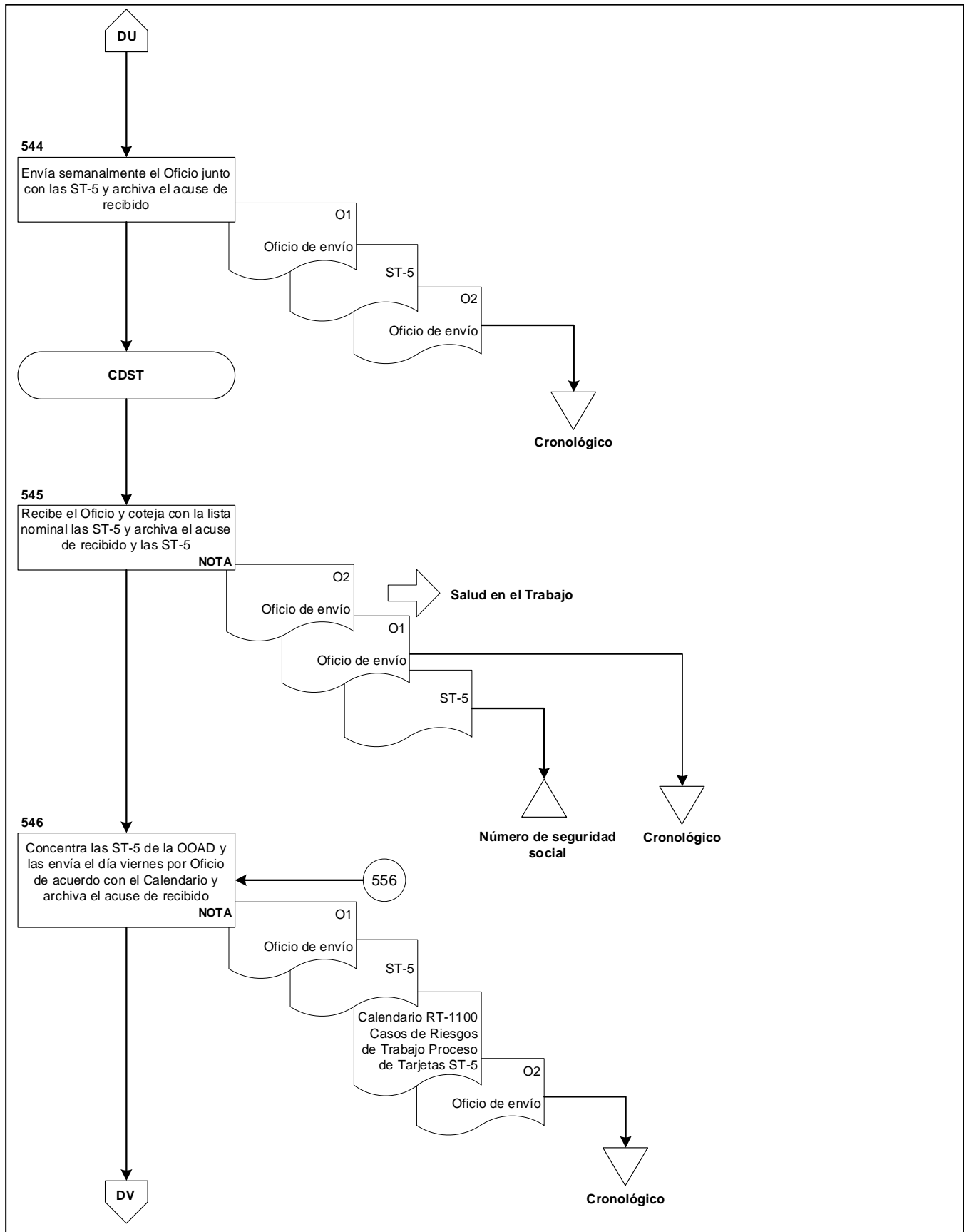


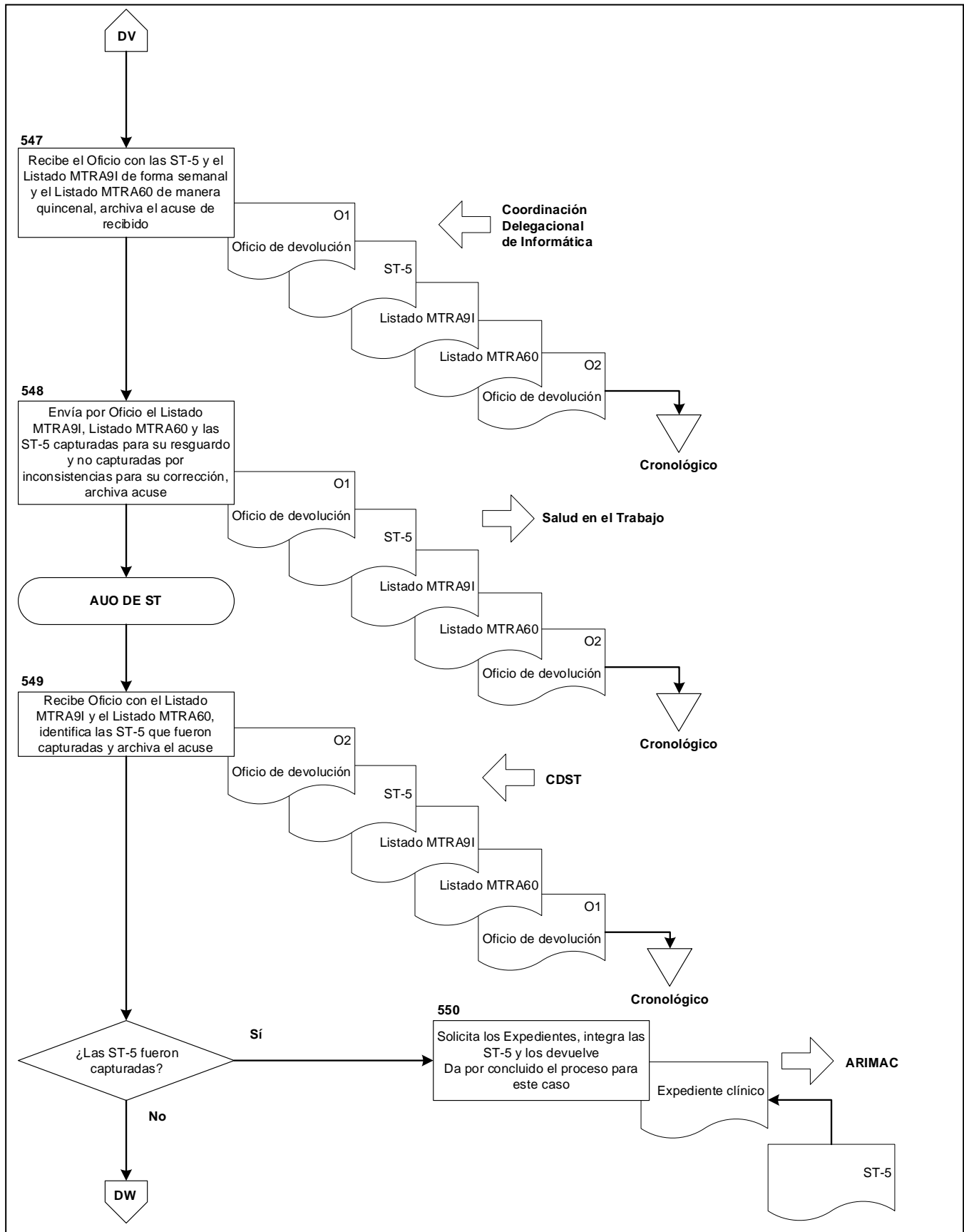


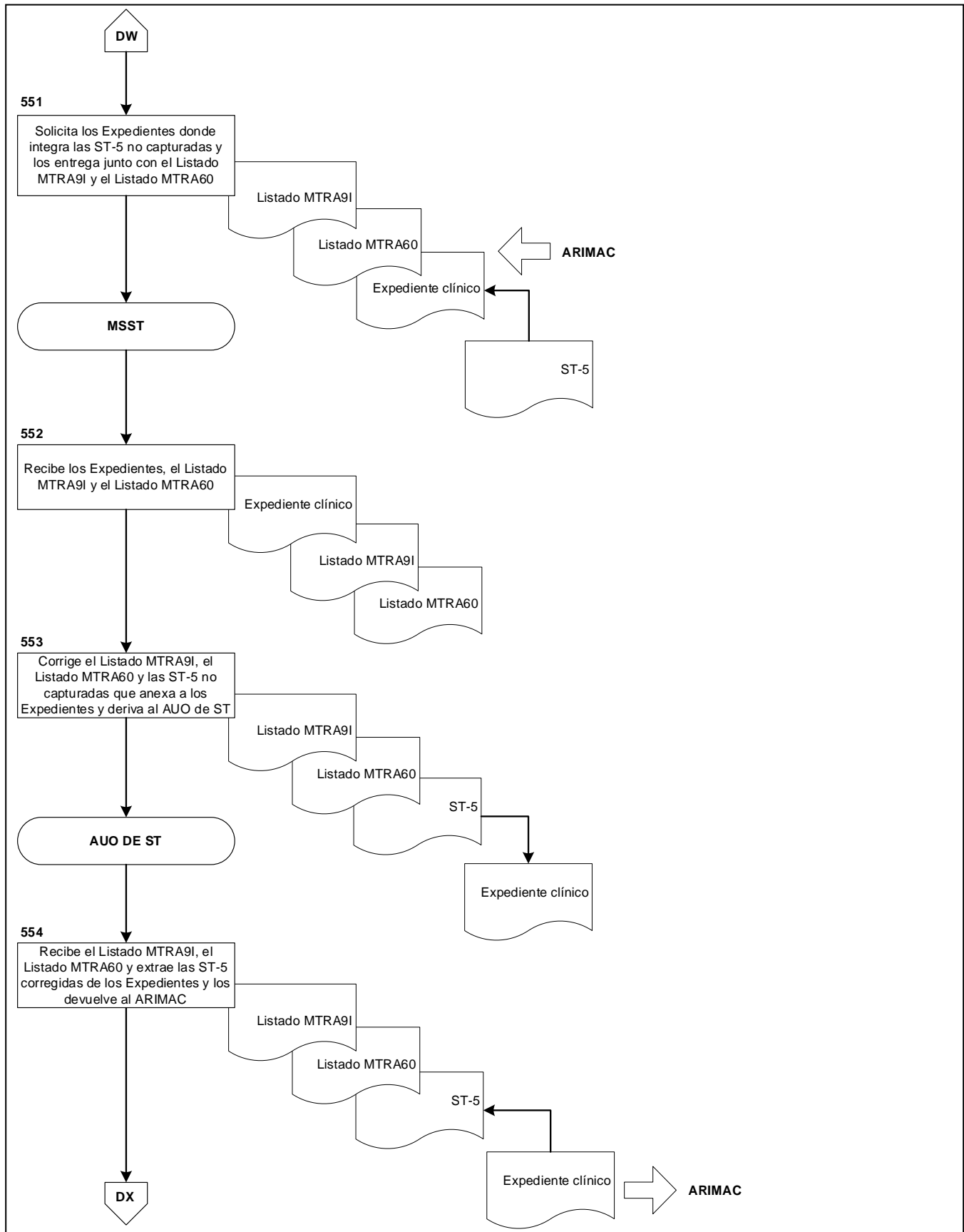


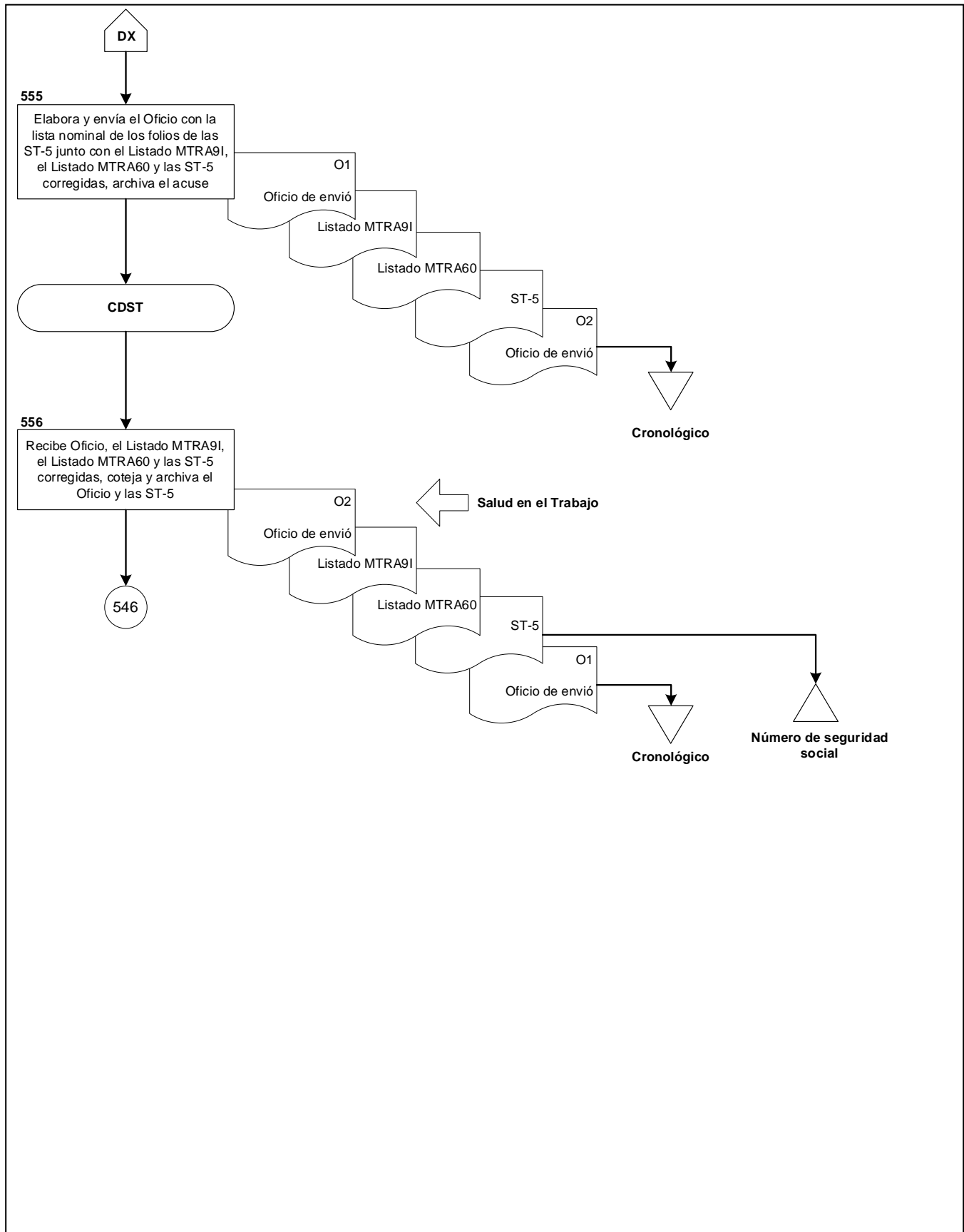


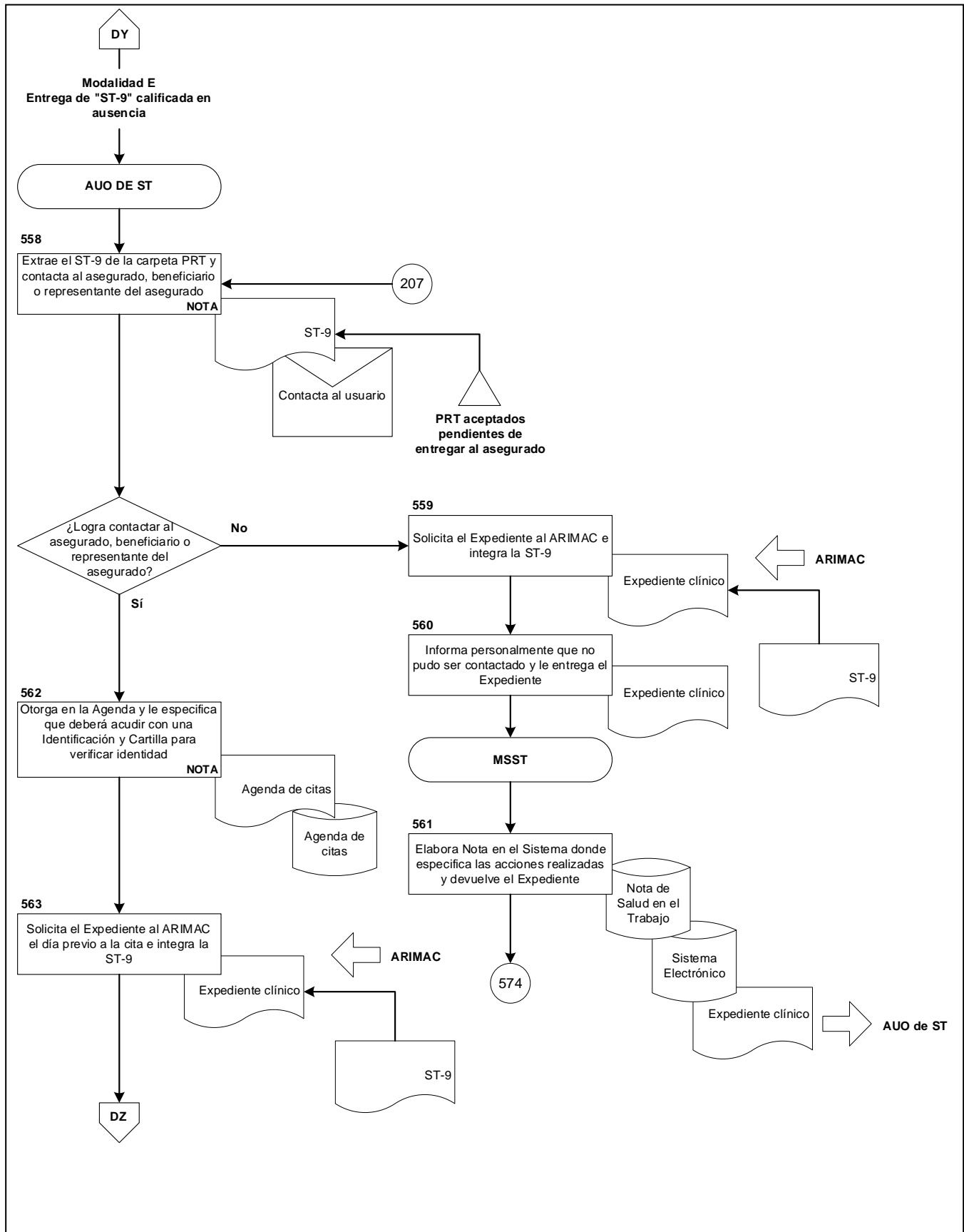


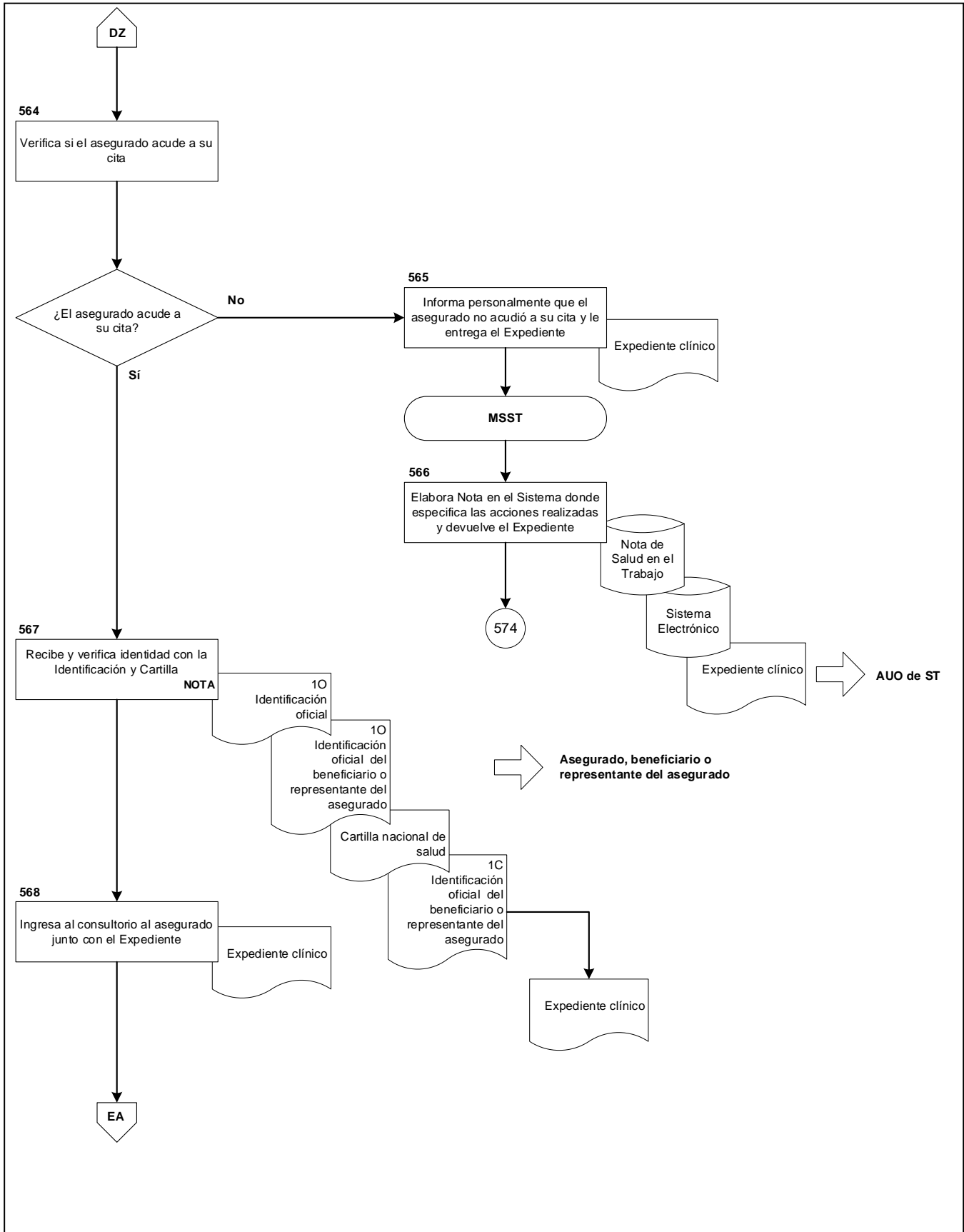




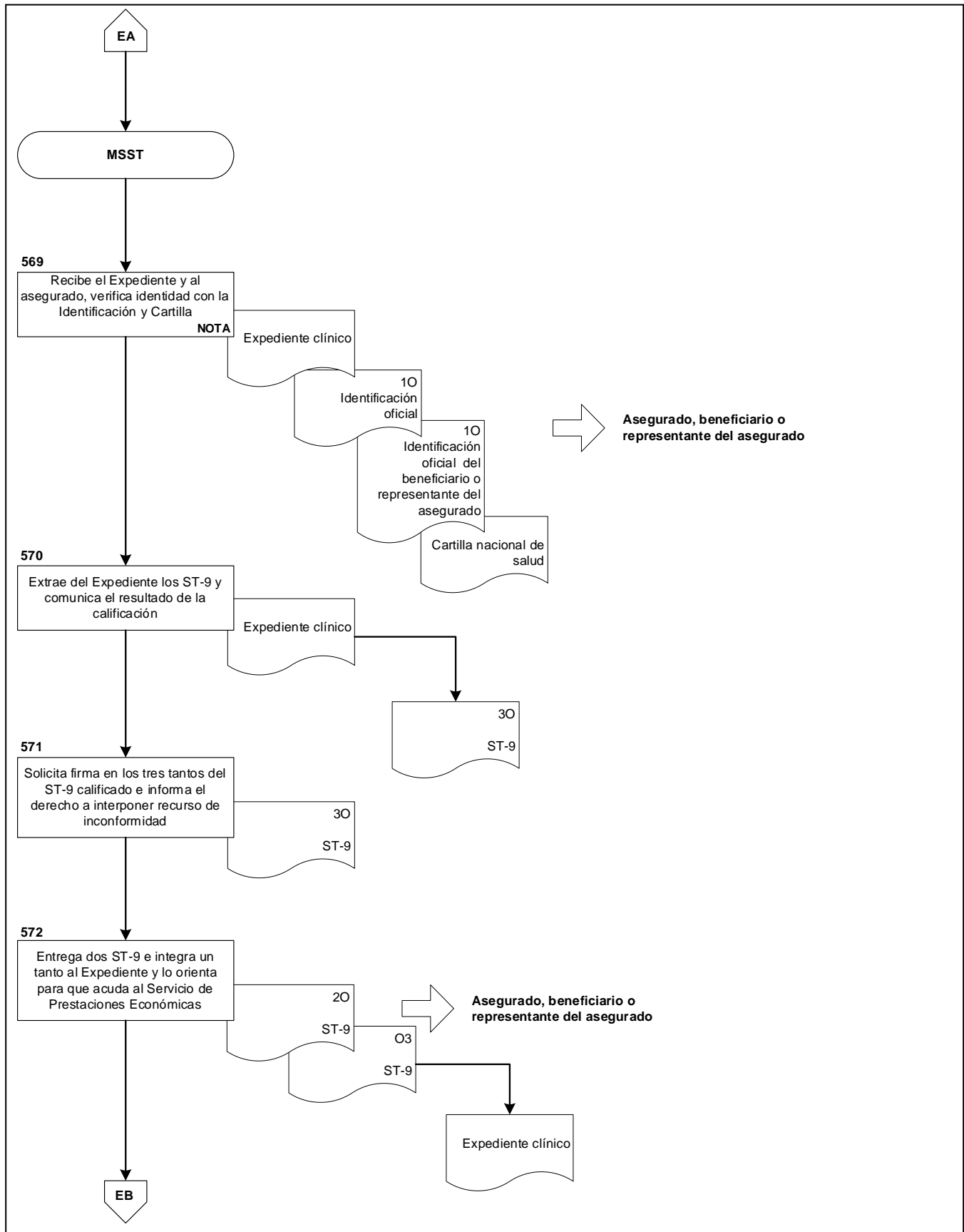


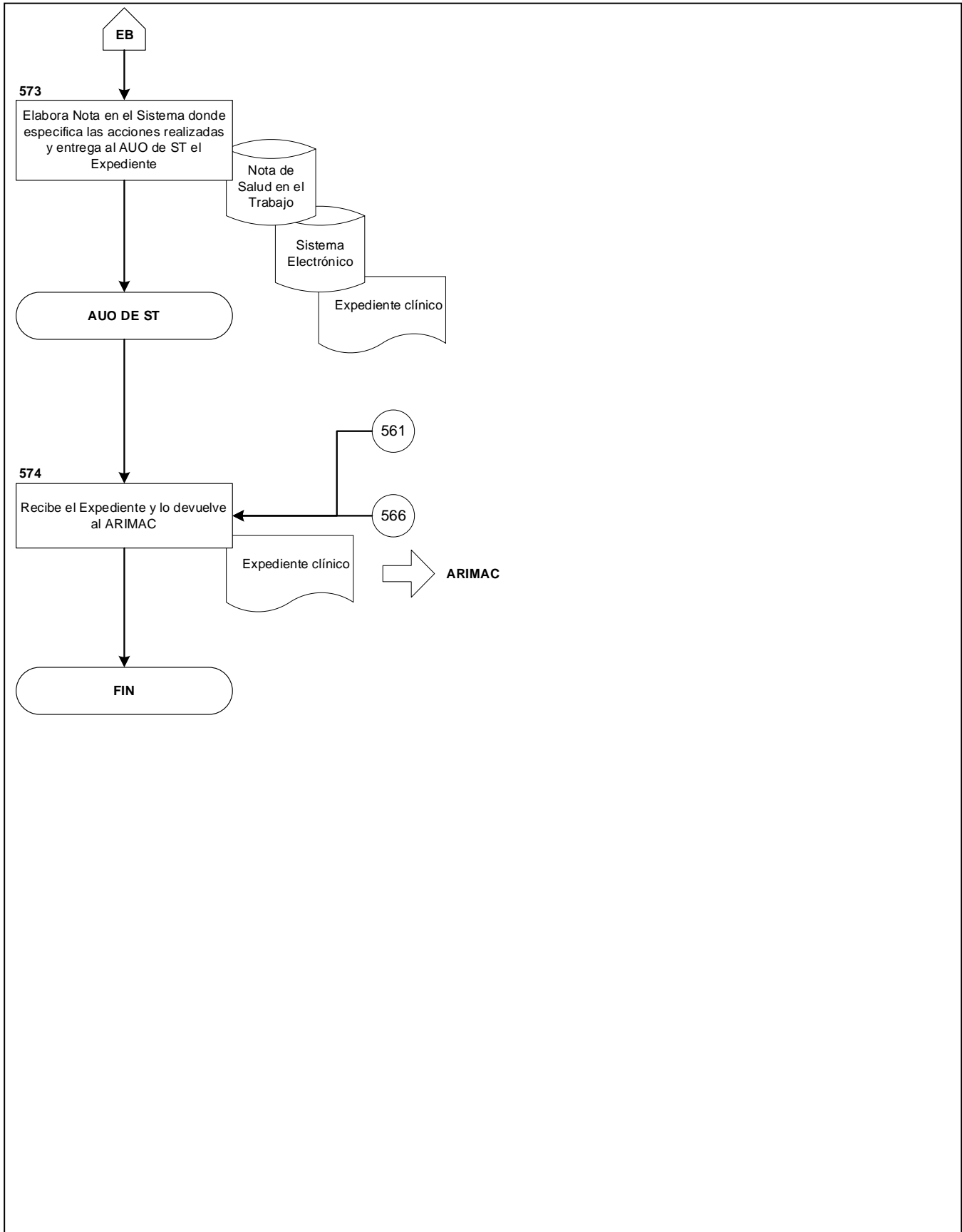














**ANEXO 1**

**Acuerdo ACDO.AS2.HCT.220217/29.P.DA del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social**



MÉXICO  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



SECRETARÍA GENERAL



"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Ciudad de México, a 22 de febrero de 2017.

Oficio No. 09-9001-030000/

LIC. ARMANDO DAVID PALACIOS HERNÁNDEZ  
Titular de la Dirección de Administración.

0491

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 22 de febrero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.220217/29.P.DA, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 263, 264, fracción IV y 286 I, de la Ley del Seguro Social; 5, 57 y 58, fracción VIII, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracción I y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; numeral 8.1.1, de la Norma para elaborar, autorizar y registrar las estructuras orgánicas, ocupacionales y salariales de puestos de mando y de nómina ordinaria del Instituto Mexicano del Seguro Social; y en términos del oficio 71 del 14 de febrero de 2017, signado por el Titular de la Dirección de Administración, así como los dictámenes de los Comités de Prestaciones Económicas y Sociales, de Administración y de Prestaciones Médicas del propio Órgano de Gobierno, en reuniones ordinarias y extraordinaria celebradas los días 8, 14 y 20 del mes y año citados, respectivamente, **Acuerda: Primero.-** Aprobar la modificación a la estructura orgánica de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, e instruir a la Dirección de Administración para que proceda a su implementación, misma que considera la creación e incorporación de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo con nivel salarial J31, teniendo a su cargo la Coordinación de Salud en el Trabajo junto con su tramo de control, la cual proviene de la Dirección de Prestaciones Médicas, a excepción de las atribuciones y actividades relacionadas con los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores de este Instituto, permaneciendo éstas en la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, así como la Coordinación de Prestaciones Económicas junto con su tramo de control, misma que se reubica de la propia Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Asimismo, en las Delegaciones Tipo 'A' y 'B', se reubica la Coordinación de Salud en el Trabajo con su tramo de control, de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, a excepción de las atribuciones y actividades relacionadas con los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores de este Instituto, permaneciendo éstas en la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud. **Segundo.-** Las condiciones laborales actuales de todo el personal de los servicios de Salud en el Trabajo, se mantienen vigentes. **Tercero.-** La Jefatura de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales modifica su denominación a Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales. **Cuarto.-** Tomar nota que las adecuaciones a las estructuras orgánicas de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, así como en el ámbito Delegacional, no implican un incremento en el número total de plazas, ni en el presupuesto autorizado en el Capítulo de Servicios Personales del Instituto Mexicano del Seguro Social para el presente ejercicio y los subsecuentes. **Quinto.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que conforme a lo previsto en el artículo 75, fracción IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, coordine la formulación y presentación a este Consejo Técnico del anteproyecto del Decreto de Reformas al citado Reglamento, a fin de someterlo a la consideración de la Consejería

...2.

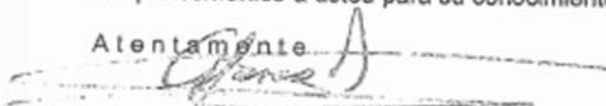


- 2 -

Jurídica del Ejecutivo Federal y, en su caso, se presente al Presidente de la República para que en términos de sus facultades reglamentarias, si lo considera conveniente, lo expida y publique en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.-** Instruir a las Direcciones de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales, para que procedan a realizar las acciones conducentes para transferir las funciones, recursos humanos, materiales y financieros, así como los expedientes y archivos de las unidades administrativas que se modifican, en congruencia con la presente reestructuración, observando para tales efectos lo dispuesto en las Normas Jurídicas y Administrativas aplicables. **Séptimo.-** Instruir en todas las Delegaciones a las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales, para que procedan a realizar las acciones conducentes para transferir las funciones, recursos humanos, materiales y financieros, así como los expedientes y archivos de las unidades administrativas que se modifican, en congruencia con la presente reestructuración, observando para tales efectos lo dispuesto en las Normas Jurídicas y Administrativas aplicables. **Octavo.-** Instruir a las Direcciones de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales, para actualizar sus manuales de organización tanto del nivel central como del ámbito Delegacional, derivado de las adecuaciones organizacionales a que se refiere el presente Acuerdo. **Noveno.-** Tomar nota que los movimientos organizacionales a que se refiere el presente Acuerdo, entrarán en vigor a partir del 1° de marzo de 2017".

Lo que comunico a usted para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente

  
Lic. Juan Carlos Velasco Pérez  
Secretario General.

Con copia:

- Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa. Director General. *La copia será enviada por el Sistema Institucional de Control de Gestión de Correspondencia (SIGGC).*
- Sr. Constantino Romero González. Miembro del H. Consejo Técnico y del Comité de Administración.
- Lic. Manuel Jesús Herrera Vega. Miembro del H. Consejo Técnico y del Comité de Administración.
- Mtro. Rodolfo Gerardo González Guzmán. Miembro del H. Consejo Técnico y del Comité de Prestaciones Económicas y Sociales.
- Ing. Enrique Solana Senties. Miembro del H. Consejo Técnico y del Comité de Prestaciones Económicas y Sociales.
- Sr. José Noé Mario Moreno Carbajal. Miembro del H. Consejo Técnico y del Comité de Prestaciones Médicas.
- Lic. Alejandro Martínez Gallardo y de Pourtales. Miembro del H. Consejo Técnico y del Comité de Prestaciones Médicas.
- Lic. Manuel Gerardo Mac Farland González. Titular de la Dirección Jurídica.

...vta.



**ANEXO 2**

**Acta confesional**  
**3A21-009-045**



### EJEMPLO DE ACTA CONFESIONAL

Con fecha   (1)   del mes de   (2)   de 20  (3)  , en la sede del Servicio de Salud en el Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar (o HGZ) No.   (4)   de la OOAD   (5)  . Comparece el/la C.   (6)   quien manifiesta en este acto que acudió con su patrón a solicitar el requisitado de los datos complementarios para la calificación de probable Enfermedad de Trabajo, negándose a requisitarlos. Se identifica con   (7)   expedida por   (8)  . La cuál se le regresa para los fines que a él/ella convengan.

Se encuentra presente en el acto en calidad de testigo de asistencia el/la C.   (9)  , trabajador(a) del IMSS, adscrito(a) laboralmente a esta UMF (o HGZ) en la categoría   (10)   con matrícula   (11)   y número de seguridad social   (12)  , quién se identifica con   (13)  , número   (14)  , el cual se le regresa para los fines que a él/ella convengan.

Interrogado el/la C.   (15)  , nos informa ser mexicano(a) de nacimiento y de estado civil   (16)  , tener domicilio particular en   (17)  , ser derechohabiente de la UMF   (18)  , con número de seguridad social   (19)  , refiere laborar o haber laborado en la empresa   (20)   con domicilio en   (21)  , con una antigüedad   (22)  , ocupa u ocupó el puesto de trabajo de   (23)  . Menciona que desde la fecha, día   (24)  , mes   (25)  , año   (26)  , durante su actividad laboral ha tenido la(s) exposición(es) relevante(s)   (27)   al   (27)   (a los) factor(es) de riesgo(s) siguiente(s)   (27)  :

**NOTA:**

Al declarante se le debe dejar que se exprese libremente, sin hacerle preguntas inducidas, respetando su lenguaje.  
El Acta confesional se debe elaborar a renglón seguido, sin espacios.  
En caso de declarar algún dato así debe quedar informado.  
Al termino se le debe leer al declarante el contenido, incluso permitir que él lo lea.

Terminar el Acta confesional así:

Al término de este acto, se le leyó al testigo el contenido del Acta confesional, él mismo también la leyó y ratificó en todas y cada una de sus partes. Se da por terminada esta actuación a las   (28)   horas del día   (29)   mes   (30)   año   (31)  .

  (32)    
Firma, nombre y matrícula del testigo de asistencia en la confesional

  (33)    
Firma, nombre y matrícula del Médico del Servicio de Salud en el Trabajo

**Clave: 3A21-009-045**





**ANEXO 2**  
**Acta confesional**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Con fecha	Número del día en el que se elabora el "Acta confesional".
2	Mes de	Mes en el que se elabora el "Acta confesional".
3	20_	Año en el que se elabora el "Acta confesional (en dos dígitos).
4	Unidad de Medicina Familiar (o HGZ) No.	Número de la Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona) donde se elabora el "Acta confesional.
5	OOAD	El nombre de la OOAD donde se encuentra Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona).
6	Comparece el/la C.	Nombre completo del trabajador que comparece.
7	Se identifica con	Referir el tipo y número de identificación del trabajador que comparece.
8	Expedida por	Nombre de la Institución que otorga la identificación oficial.
9	Testigo de asistencia el/la C.	Nombre completo del testigo de asistencia (trabajador IMSS).
10	Categoría	Especificar la categoría laboral que ostenta el testigo de asistencia (trabajador IMSS).
11	Matrícula	Especificar la matrícula del testigo de asistencia (trabajador IMSS).
12	Número de seguridad social	Número de seguridad social del testigo de asistencia (trabajador IMSS).
13	Se identifica con	Tipo de la identificación del testigo de asistencia (trabajador IMSS).





**ANEXO 2**  
**Acta Confesional**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
14	Número	El número de la identificación del testigo de asistencia (trabajador IMSS).
15	Interrogado el/la C.	Nombre completo del trabajador que comparece.
16	Estado civil.	Estado civil del trabajador que comparece.
17	Domicilio particular en	Calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o municipio, ciudad y estado código postal del domicilio particular del trabajador que comparece.
18	Derechohabiente de la UMF	Referir UMF de adscripción del trabajador que comparece.
19	Con número de seguridad social	El número de seguridad social del trabajador que comparece.
20	Refiere laborar o haber laborado en la empresa	Nombre de la empresa donde labora o laboró el trabajador que comparece.
21	Con domicilio en	Calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o municipio, ciudad y estado código postal de la empresa donde labora o laboró el trabajador que comparece.
22	Con una antigüedad	El número de años, meses y, en su caso, días efectivos del trabajador que comparece.
23	Ocupa u ocupó el puesto de trabajo	Nombre del puesto(s) o categoría(s) que ocupa u ocupó el trabajador que comparece.
24	Día	Número del día en el que inicio la exposición laboral en la empresa donde se sospecha la exposición relevante.
25	Mes	Mes en el que inicio la exposición laboral en la empresa donde se sospecha la exposición relevante.

**Clave: 3A21-009-045**



**ANEXO 2**  
**Acta Confesional**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
26	Año	Año (en dos dígitos) en el que inicio la exposición laboral en la empresa donde se sospecha la exposición relevante.
27	Durante su actividad laboral ha tenido la(s) exposición(es) relevante(s) al (a los) factor(es) de riesgo(s) siguiente(s)	Enlistar los factores de riesgo en el ambiente de trabajo a los que ha estado expuesto el trabajador que comparece en la empresa donde se sospecha la exposición relevante.
28	A las	Hora del día en que se da por terminado el acto confesional.
29	Día	Número del día en el que se da por terminada la actuación.
30	Mes	Mes en el que se en el que se da por terminada la actuación.
31	Año	Año (en dos dígitos) en el que se da por terminada la actuación.
32	Firma, nombre y matrícula del testigo de asistencia en la confesional	La firma, nombre y matrícula del testigo de asistencia en la confesional.
33	Firma, nombre y matrícula del Médico del Servicio de Salud en el Trabajo	La firma, nombre y matrícula del MSST.



**ANEXO 3**

**Acta testimonial**  
**3A21-009-007**



**EJEMPLO DE ACTA TESTIMONIAL**

Con fecha   (1)   del mes de   (2)   de 20  (3)  , en la sede del Servicio de Salud en el Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona) No.   (4)   del OOAD   (5)  . Se encuentran presentes en este acto, en calidad de testigos de asistencia, el o la C.   (6)   trabajador(a) del IMSS, adscrito(a) laboralmente en la UMF (o HGZ) N°.   (7)   con matrícula   (8)   y número de seguridad social   (9)  , quién se identifica con   (10)  , con número   (11)  , el cual se le regresa para los fines que a él o ella convengan; también se encuentra presente el o la C.   (12)  , trabajador(a) del IMSS, adscrito(a) laboralmente en la UMF (o HGZ) N°.   (13)   con matrícula   (14)   y número de seguridad social   (15)  , quien se identifica con   (16)  , con número   (17)  , el cual se le regresa para los fines que a él o ella convengan.

Interrogado el/la C.   (18)  , quien comparece como testigo de la exposición laboral asociada a la(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo: expresa tener su domicilio particular en   (19)  , ser mexicano de nacimiento y de estado civil   (20)  , con número de seguridad social   (21)  , refiere laborar o haber laborado en la empresa   (22)  , con domicilio en   (23)   con una antigüedad   (24)  , ocupa u ocupó el puesto de trabajo de   (25)  . Menciona conocer al asegurado(a)   (26)  , desde hace   (27)   y durante su actividad laboral presencié respecto al (los) puesto(s) de trabajo y de la(s) exposición(es) relevante(s) al (a los) factor(es) de riesgo lo siguiente:

  (28)  

Al término de este acto, se le leyó al testigo el contenido del Acta, él mismo también la leyó y ratificó en todas y cada una de sus partes. Se da por terminada esta actuación a las   (29)   horas del día   (30)   mes   (31)   año   (32)  .

Firma y nombre de los testigos:

  (33)  

Firma y nombre del testigo de la exposición laboral

  (34)  

  (35)  

Firma, nombre y matrícula del  
1er. testigo de asistencia

Firma, nombre y matrícula del  
2o. testigo de asistencia

  (36)  

Firma, nombre y matrícula del médico  
del Servicio de Salud en el Trabajo



**ANEXO 3**  
**Acta testimonial**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Con fecha	Número del día en el que se elabora el "Acta testimonial".
2	Mes de	Mes en el que se elabora el "Acta testimonial".
3	Año	Año en el que se elabora el "Acta testimonial" (en dos dígitos).
4	Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona) N°.	Número de la Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona) donde se elabora el "Acta testimonial".
5	OOAD	El nombre de la OOAD donde se encuentra Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona) donde se elabora el acta testimonial.
6	Se encuentran presentes en este acto, en calidad de testigos de asistencia, el o la C.	Nombre completo del primer testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.
7	Adscrito(a) laboralmente en la UMF (o HGZ) N°.	Número y nombre de la Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona) donde tiene la adscripción laboral el primer testigo de asistencia trabajador IMSS.
8	Matrícula	Matrícula del primer testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.
9	Número de seguridad social	Número de seguridad social del primer testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.
10	Se identifica con	El tipo de identificación del primer testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.
11	Con número	El número de la identificación del primer testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.



**ANEXO 3**  
**Acta Testimonial**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
12	Se encuentra presente el o la C.	Nombre completo del segundo testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.
13	Adscrito(a) laboralmente en la UMF (o HGZ) N°.	Número y nombre de la Unidad de Medicina Familiar (o del Hospital General de Zona) donde tiene la adscripción laboral el segundo testigo de asistencia trabajador IMSS.
14	Matrícula	Matrícula del segundo testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.
15	Número de seguridad social	Número de seguridad social del segundo testigo de asistencia trabajador(a) IMSS.
16	Se identifica con	El tipo de identificación del segundo testigo de asistencia trabajador(a) IMSS
17	Con número	El número de la identificación del segundo testigo de asistencia trabajador(a) IMSS
18	Interrogado el/la C.	Nombre completo del testigo de la exposición laboral.
19	Domicilio particular en	Calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o municipio, ciudad y estado código postal del domicilio particular del testigo de la exposición laboral.
20	Estado civil	El estado civil del testigo de la exposición laboral.
21	Número de seguridad social	El número de seguridad social del testigo de la exposición laboral.
22	Refiere laborar o haber laborado en la empresa	Nombre de la empresa donde labora o laboró el testigo de la exposición laboral y donde se sospecha la exposición relevante.

Clave: 3A21-009-007



**ANEXO 3**  
**Acta Testimonial**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
23	Con domicilio en	Calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o municipio, ciudad y estado código postal de la empresa donde labora o laboró el testigo de la exposición laboral y donde se sospecha la exposición relevante.
24	Con una antigüedad	El número de años, meses y, en su caso, días efectivos del testigo de la exposición laboral en la empresa donde se sospecha la exposición relevante.
25	Ocupa u ocupó el puesto de trabajo de	Nombre del puesto(s) o categoría(s) que ocupa u ocupó el testigo de la exposición laboral en la empresa donde se sospecha la exposición relevante.
26	Menciona conocer al asegurado(a)	Nombre del asegurado que se encuentra en protocolo de estudio por probable(s) enfermedad(es) de trabajo.
27	Desde hace	Anotar el número de años, meses y, en su caso, días efectivos que tiene de conocer el testigo de la exposición al asegurado(a) que se encuentra en protocolo de estudio por probable(s) enfermedad(es) de trabajo.
28	Durante su actividad laboral presenció respecto al (los) puesto(s) de trabajo y de la(s) exposición(es) relevante(s) al (a los) factor(es) de riesgo lo siguiente	Anotar la relatoría del testigo de la exposición laboral referente a los hechos que conoce o conoció de la(s) actividad(es), lugar(es), condiciones de trabajo y características de la exposición al(los) factor(es) de riesgo(s) relevante(s).
29	Se da por terminada esta actuación a las	Hora en la que se termina la elaboración del acta testimonial.



**ANEXO 3**  
**Acta Testimonial**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
30	Día	Número del día en que se termina la elaboración del acta testimonial.
31	Mes	Mes en que se termina la elaboración del acta testimonial.
32	Año	Año en que se termina la elaboración del acta testimonial.
33	Firma y nombre del testigo de la exposición laboral	Firma y nombre del testigo de la exposición laboral.
34	Firma, nombre y matrícula del 1er. testigo de asistencia	Firma, nombre y matrícula del primer testigo de asistencia.
35	Firma, nombre y matrícula del 2o. testigo de asistencia	Firma, nombre y matrícula del testigo de asistencia.
36	Firma, nombre y matrícula del médico del Servicio de Salud en el Trabajo	La firma, nombre y matrícula del MSST.

Sólo se podrá elaborar el “Acta testimonial” en los servicios de Salud en el Trabajo con testigos mayores de edad que presenciaron los hechos o que conocen o conocieron la(s) actividad(es) y lugar(es) en donde existe o existió la exposición al(los) factor(es) de riesgo(s) relevante(s).

El “Acta testimonial”, deberá elaborarse bajo las condiciones siguientes:

- En el Servicio de Salud en el Trabajo u oficinas de la Unidad Médica de adscripción del asegurado.
- Previa información y explicación suficiente del acto en que van a intervenir el asegurado o del o los testigo(s).
- Identificación plena y oficial del asegurado y del o los testigos, mediante Identificación oficial en original y copia.

**Clave: 3A21-009-007**





- Se deberá verificar mediante el Sistema de Consulta de vigencia o el SINDO que el(los) testigo(s) trabajó(n) o haya(n) trabajado en la empresa donde se sospecha la exposición relevante.
- En presencia de dos testigos mayores de edad de asistencia en el momento de efectuarse esta diligencia, los que también se deberán identificar con documentos oficiales y/o veraces.
- Se deben evitar preguntas que induzcan la respuesta o modificar el lenguaje con el que se expresa el que narra los hechos.
- El “Acta testimonial” se debe elaborar a renglón seguido, sin dejar espacios, no deberá contener borraduras, tachaduras o enmendaduras; de tener que aclararse o agregarse algún dato al acta levantada, deberá quedar expresado y plasmado en la misma.
- Al final, se le deberá leer o darse a leer el “Acta testimonial” al testigo que emite su versión, a fin de que esté enterado y ratifique en todas y cada una de las partes de la misma.
- Los testigos y el médico, deberán firmar de conformidad al calce y al margen cada una de las hojas que conforman el acta testimonial.
- El testigo analfabeto una vez enterado del contenido del “Acta testimonial” por la persona que designe de su confianza los avalará por medio de su huella digital del dedo pulgar derecho, al calce y al margen.
- No deben aceptarse escritos enviados al Servicio de Salud en el Trabajo como testimonios.



**ANEXO 4**

**Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados  
3A21-022-005**





**ANEXO 4**  
**Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	No.	Número consecutivo de caso.
2	Nombre de carpeta	Nombre de carpeta donde se ubica el caso: <ul style="list-style-type: none"><li>• PRT pendientes de cita para calificación.</li><li>• PRT citados para calificación.</li><li>• RT aceptados pendientes de entregar al asegurado.</li><li>• RT calificados sin información complementaria.</li></ul>
3	NSS	Número de Seguridad Social del asegurado.
4	Nombre del asegurado	El nombre completo del asegurado.
5	Teléfono	El teléfono de contacto del asegurado a 10 dígitos.
6	Tipo de PRT	Si se trata de "ST-7" o "ST-8" o "ST-9".
7	Fecha accidente (ST-7) o fecha recaída (ST-8) o fecha de elaboración del ST-9	Fecha del probable accidente de trabajo registrada en el anverso del "ST-7" o fecha de probable recaída del "ST-8" o fecha en la que se elaboró el anverso del "ST-9" por el MSST.
8	Fecha de inicio de ITT	Día, mes y año del inicio de la Incapacidad Temporal para el Trabajo.
9	Folio de OCITT	Folio del Original del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo inicial correspondiente al PRT.
10	Fecha de cita a ST	Día, mes y año de la cita para calificación a Salud en el Trabajo.
11	Médico asignado	Nombre del MSST asignado para la calificación.



**ANEXO 4**  
**Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
12	Calificación	<p>Si el caso se calificó como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sí accidente de trabajo</li><li>• Sí accidente de trayecto</li><li>• Sí recaída accidente de trabajo</li><li>• Sí enfermedad de trabajo</li><li>• Sí recaída accidente de trayecto</li><li>• Sí recaída enfermedad de trabajo</li><li>• No accidente de trabajo</li><li>• No accidente de trayecto</li><li>• No enfermedad de trabajo</li><li>• No recaída accidente de trabajo</li><li>• No recaída accidente de trayecto</li><li>• No recaída enfermedad de trabajo</li><li>• No calificado</li></ul>
13	OCITT	<p>Si el OCITT inicial fue:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solicitado al Servicio de Prestaciones Económicas</li><li>• Recibido del Servicio de Prestaciones Económicas</li><li>• Entregado al Servicio de Vigencia (caso aceptado)</li><li>• Entregado al Servicio de Prestaciones Económicas (caso negado)</li><li>• Devuelto al Servicio de Prestaciones Económicas (caso no calificado)</li></ul>
14	Recepción por el asegurado.	<p>Si el documento calificado fue recibido o no por el asegurado o beneficiario o familiar o representante del asegurado.</p>
15	Diagnóstico	<p>Diagnóstico CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud) principal calificado.</p>



**ANEXO 4**  
**Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
16	ST-2	Si el caso ya fue cerrado con "ST-2" en el Sistema Electrónico o manual.
17	Calificación con o sin datos complementarios del patrón	Si el caso fue calificado con o sin los datos complementarios del patrón en el reverso del "ST-7" o "ST-9".
18	Observaciones	<p>Anotar las incidencias durante el proceso de calificación, ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No se presentó a cita</li><li>• Motivos por los que un caso citado para calificación no fue calificado (carta aclaratoria, solicitud de información adicional, investigación del puesto de trabajo, etc.).</li><li>• "ST-7" sin firma en el anverso</li><li>• Número de intentos de localización al asegurado vía telefónica</li></ul>



**ANEXO 5**

**Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2**  
**3A21-009-010**



**DATOS DEL ASEGURADO**

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	2) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	D.V.
3) CURP	EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS	
	4) MATRÍCULA	5) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL

**DATOS DEL PATRÓN**

6) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	7) REGISTRO PATRONAL	D.V.
---	----------------------	------

**DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO**

8) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO	DÍA	MES	AÑO	9) FECHA DE INICIO DE LABORES	DÍA	MES	AÑO
--	-----	-----	-----	-------------------------------	-----	-----	-----

10) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN	11) MATRÍCULA	12) FECHA DE ELABORACIÓN DEL AVISO DE ALTA	DÍA	MES	AÑO	13) UNIDAD MÉDICA	14) OOAD
--	---------------	--	-----	-----	-----	-------------------	----------

15) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRON

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO	FECHA: _____
---	--------------





**ANEXO 5**  
**Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Apellidos paterno, materno y nombre(s)	Nombre completo del asegurado.
2	Número de seguridad social	Número de seguridad social del asegurado con dígito verificador (11 dígitos).
3	CURP	Número de la Clave Única de Registro de Población.
4	Matrícula	En caso de ser trabajador del IMSS, anotar la matrícula.
5	Centro de adscripción laboral	Nombre del centro de adscripción laboral del trabajador IMSS.
6	Nombre del patrón o razón social de la empresa	Nombre del patrón o razón social de la empresa donde ocurrió el riesgo de trabajo.
7	Registro patronal	Número del registro patronal con dígito verificador (11 dígitos).
8	Fecha del accidente o de la enfermedad de trabajo	Día, mes y año según corresponda: <b>a)</b> En accidente de trabajo o de trabajo en trayecto se anota la fecha de ocurrencia del mismo. <b>b)</b> En enfermedad de trabajo, cuando no existe una OCITT o esté dado de baja, anotar la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo. Cuando existe una o más OCITT, anotar la fecha de inicio de la primera OCITT de la enfermedad calificada.
9	Inicio de labores	Día, mes y año que corresponda al día siguiente del último día subsidiado por incapacidad temporal, lo cual deberá estar dentro del término de 52 semanas posterior al riesgo de trabajo.

Clave 3A21-009-010



**ANEXO 5**  
**Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
9	Inicio de labores (Continúa)	<p>a) En accidentes de trabajo cuando no se haya otorgado incapacidad, anotar el mismo día del accidente.</p> <p>b) En enfermedad de trabajo cuando no existe una "OCITT" o esté dado de baja, anotar la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p>c) Casos de defunción. Anotar la fecha de la defunción.</p>
10	Nombre completo y firma del médico que elaboró este aviso de alta	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (sin abreviaturas) y firma del médico que elaboró el formato "ST-2".
11	Matrícula	Matrícula del médico que elaboró el formato "ST-2".
12	Fecha de elaboración del aviso de alta	Día, mes, año en que se elaboró el formato "ST-2".
13	Unidad Médica	Número de la Unidad Médica del IMSS donde se elabora el formato "ST-2".
14	OOAD	El OOAD de la Unidad Médica del IMSS donde se elabora el formato "ST-2".
15	Recibí 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	Nombre (s), apellido paterno, apellido materno (sin abreviaturas) y firma del asegurado o beneficiario o familiar o representante del asegurado que recibe los dos tantos del "ST-2".
	Fecha	Día, mes y año de recepción del formato "ST-2".

Clave 3A21-009-010



**ANEXO 6**

**Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3  
3A21-009-011**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DE DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO ST-3**

**DATOS DEL ASEGURADO**

2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)						1) FOLIO				
4) CURP				5) SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		3) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.		
7) MATRÍCULA TRABAJADOR IMSS		8) ADSCRIPCIÓN LABORAL TRABAJADOR IMSS		9) OCUPACIÓN		10) CORREO ELECTRÓNICO		11) TELÉFONO FIJO		CELULAR
12) DOMICILIO: CALLE, NÚMERO, COLONIA O FRACCIONAMIENTO						ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		C.P.
6) IDENTIFICACIÓN OFICIAL										

**DATOS DEL PATRÓN O DE LA EMPRESA**

13) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA						14) REGISTRO PATRONAL		D.V.
15) DOMICILIO: CALLE, NÚMERO, COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		C.P.

**DICTAMEN:** 16) INICIAL  17) REVALORACIÓN  **CARÁCTER DEL DICTAMEN:** 18) PROVISIONAL  19) DEFINITIVO

<b>TIPO DE DICTAMEN</b>						<b>TIPO DE RIESGO</b>					
20) INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL <input type="checkbox"/>		21) INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL <input type="checkbox"/>		22) DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>		23) ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		24) ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/>		25) ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	

26) FECHA DE PRIMERA CITA PARA DICTAMINACIÓN CON EXPEDIENTE COMPLETO	DÍA	MES	AÑO	27) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO	DÍA	MES	AÑO	28) FECHA DE LA DEFUNCIÓN	DÍA	MES	AÑO	HORA

29) MECANISMO DEL ACCIDENTE O CARACTERIZACIÓN DE EXPOSICIÓN LABORAL RELEVANTE, EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO, TRATAMIENTO RELEVANTE, SINTOMATOLOGÍA, EXPLORACIÓN FÍSICA ACTUAL Y RESULTADOS DEL(OS) ESTUDIO(S) PARACLÍNICO(S) QUE SUSTENTE(N) LA(S) SECUELA(S) ESTABLECIDA(S) O EL MOTIVO DE LA DEFUNCIÓN.

Clave 3A21-009-011



30) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S) (CIE)	31) DIAGNÓSTICO(S) DE LA(S) INCAPACIDAD(ES) ÓRGANOFUNCIONAL(ES) DE ACUERDO CON LA TABLA VALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES.	32) FRACCIÓN(ES) Y PORCENTAJE		

33) INCAPACIDAD ÓRGANOFUNCIONAL (SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NÚMERO)

34) SE SUGIERE APLICAR LA TABLA "C" DEL ART. 4 DEL RJPIIMS/SNTSS

SÍ  NO

35) OBSERVACIONES

36) FECHA DE INICIO DE PENSIÓN

DÍA	MES	AÑO

37) FECHA DE VENCIMIENTO DEL DICTAMEN PROVISIONAL

DÍA	MES	AÑO

38) FECHA DE ELABORACIÓN

DÍA	MES	AÑO

PARA FINES DE VALUACIÓN SE HACE USO DEL ARTÍCULO CUARTO TRANSITORIO DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO VIGENTE. SE EMITE EL PRESENTE DICTAMEN DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 19, 22, 23, 25 Y 30 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO.

39) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE ELABORÓ EL DICTAMEN

40) MATRÍCULA

41) UNIDAD MÉDICA

42) COAD

43) NOMBRE COMPLETO, CARGO, MATRÍCULA Y FIRMA DEL PERSONAL DE SALUD EN EL TRABAJO QUE APRUEBA/AUTORIZA EL DICTAMEN

44) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN

FECHA:

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

NOTA: SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO NO ESTA DE ACUERDO CON LA VALUACIÓN, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD.



**ANEXO 6**

**Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio	En dictámenes electrónicos será el folio asignado por el sistema.  En dictámenes manuales registrar el folio correspondiente al "ST-5".

**DATOS DEL ASEGURADO**

2	Apellidos paterno, materno y nombre(s)	Nombre completo del asegurado (el anotado en el "ST-7" o "ST-9" calificado).
3	Número de seguridad social	Número de seguridad social del asegurado con dígito verificador (11 dígitos).
4	CURP	Número de la Clave Única de Registro de Población.
5	Sexo	Una X en F si es femenino o M para masculino.
6	Identificación oficial	Tipo y número de identificación oficial.
7	Matrícula trabajador IMSS	Matrícula en caso de trabajador IMSS.
8	Adscripción laboral trabajador IMSS	Nombre del centro de adscripción laboral IMSS del asegurado en caso de trabajador IMSS.
9	Ocupación	Clave de la ocupación que corresponda al Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) vigente en el IMSS.
10	Correo electrónico	Correo electrónico del asegurado.
11	Teléfono fijo	Número de teléfono fijo con 10 dígitos donde se puede localizar al asegurado.
	Celular	Número de teléfono celular con 10 dígitos donde se puede localizar al asegurado.

**Clave: 3A21-009-011**



**ANEXO 6**

**Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
12	Domicilio: calle, número, colonia o fraccionamiento	Calle, número, colonia o fraccionamiento donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Alcaldía o Municipio	Alcaldía o Municipio donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Ciudad y Estado	Ciudad y Estado donde se ubica el domicilio del asegurado.
	C.P.	Código postal donde se ubica el domicilio del asegurado.

**DATOS DEL PATRÓN O DE LA EMPRESA**

13	Nombre del patrón o razón social de la empresa	Nombre del patrón o razón social de la empresa anotada en el formato "ST-7" y "ST-9" calificado.
14	Registro patronal	Registro patronal de la empresa con dígito verificador (11 dígitos).
15	Domicilio: calle, número, colonia o fraccionamiento	Calle, número, colonia o fraccionamiento donde se ubica el domicilio del patrón o de la empresa.
	Alcaldía o Municipio	Alcaldía o Municipio donde se ubica el domicilio del patrón o de la empresa.
	Ciudad y Estado	Ciudad y Estado donde se ubica el domicilio del patrón o de la empresa.
	C.P.	Código postal donde se ubica el domicilio del patrón o de la empresa.

**DICTAMEN**

16	Inicial	Una X si se trata de la primera incapacidad permanente por el accidente o enfermedad(es) de trabajo que se otorga(n).
----	---------	---



**ANEXO 6**

**Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
17	Revaloración	Una X si se trata de un nuevo dictamen por incremento, mantenimiento o decremento de la incapacidad permanente, por un accidente o enfermedad(es) de trabajo.

**CARÁCTER DEL DICTAMEN**

18	Provisional	Una X si el dictamen es provisional de acuerdo con los "Criterios para definir el carácter de la Incapacidad Permanente", clave 3A21-018-003 (Anexo 14)
19	Definitivo	Una X si el dictamen es definitivo de acuerdo con los "Criterios para definir el carácter de la Incapacidad Permanente", clave 3A21-018-003 (Anexo 14).

**TIPO DE DICTAMEN**

20	Incapacidad permanente parcial	Una X si el accidente o la enfermedad de trabajo ocasionó una incapacidad permanente parcial.
21	Incapacidad permanente total	Una X si el accidente o la enfermedad de trabajo ocasionó una incapacidad permanente total.
22	Defunción	Una X si el accidente o la enfermedad de trabajo ocasionó la muerte del asegurado.

**TIPO DE RIESGO**

23	Accidente de trabajo	Una X si el dictamen de incapacidad permanente o defunción fue derivado de un accidente de trabajo.
24	Accidente en trayecto	Una X si el dictamen de incapacidad permanente o defunción fue derivado de un accidente de trabajo en trayecto.
25	Enfermedad de trabajo	Una X si el dictamen de incapacidad permanente o defunción fue derivado de la(s) enfermedad(es) de trabajo.

Clave: 3A21-009-011





### ANEXO 6

## Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
26	Fecha de primera cita para dictaminación con expediente completo	Día, mes y año de la primera cita para dictaminación con "Expediente clínico" completo.
27	Fecha del accidente o de la enfermedad de trabajo	Día, mes y año según corresponda:  a) En accidente de trabajo o de trabajo en trayecto anotar la fecha de ocurrencia del mismo.  b) En enfermedad de trabajo, cuando no existe una "OCITT" o el trabajador esté dado de baja, anotar la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo. Cuando existe una o más "OCITT", anotar la fecha de inicio de la primera "OCITT" de la enfermedad calificada.
28	Fecha de la defunción	Se transcribe el día, mes, año y hora, del acta de defunción.
29	Mecanismo del accidente o caracterización de exposición laboral relevante, evolución del padecimiento, tratamiento relevante, sintomatología, exploración física actual y resultados del(os) estudio(s) paraclínico(s) que sustente(n) la(s) secuela(s) establecida(s) o el motivo de la defunción	a) En caso de accidente de trabajo o accidente de trabajo en trayecto se describirá el mecanismo del accidente, evolución del padecimiento, tratamiento relevante así como la sintomatología, exploración física actual y resultados de los paraclínicos que sustenten la presencia de la(s) secuela(s) o el motivo de la defunción.  En caso de enfermedad de trabajo, se describirá la caracterización del (de los) agente(s) al (a los) que estuvo expuesto el asegurado, tiempo, intensidad y frecuencia de la exposición relevante, evolución del padecimiento, tratamiento relevante, sintomatología, exploración física actual y resultados de los paraclínicos que sustenten la presencia de la(s) secuela(s) o el motivo de la defunción.

Clave: 3A21-009-011



## ANEXO 6

### Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
29	(Continúa)	Si el patrón donde se generó la probable enfermedad de trabajo es diferente al patrón actual, iniciar el campo anotando la siguiente leyenda: Fecha de baja del trabajador con la empresa donde ocurrió la exposición: dd/mm/aaaa. Esta fecha debe de obtenerse de la cuenta individual de SINDO o de la Consulta de Vigencia.
30	Diagnóstico(s) nosológico(s) (CIE)	El diagnóstico de acuerdo con el CIE vigente en el IMSS.
31	Diagnóstico(s) de la(s) incapacidad(es) organofuncional(es) de acuerdo con la tabla valuación de incapacidades permanentes	<p>El diagnóstico de la(s) incapacidad(es) permanente(s) secuela(s) del accidente o de la(s) enfermedad(es) de trabajo. Se debe(n) enunciar como se encuentra(n) mencionada(s) en la tabla de valuación de incapacidades permanentes.</p> <p>En caso de defunción se colocará la palabra <i>Defunción</i>.</p>
32	Fracción(es) y porcentaje	<p>En el mismo orden en que fueron descritas en el inciso 31, se les asignará el número de la fracción de la tabla de valuación de incapacidades permanentes y el porcentaje que le corresponda.</p> <p>En caso de defunción en dictamen manual colocar 0%.</p>
33	Incapacidad organofuncional (suma de los porcentajes parciales con letra y número)	<p>Con letra y número el porcentaje total otorgado a la incapacidad permanente valuada.</p> <p>En dictamen manual si la suma de porcentajes rebasa el 100% colocar <i>100%</i>.</p> <p>En dictamen manual por defunción colocar <i>No aplica</i>.</p>

Clave 3A21-009-011



## ANEXO 6

### Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
34	Se sugiere aplicar la Tabla "C" del Art. 4 del RJP IMSS/SNTSS	Una X según corresponda si se sugiere o no aplicar Tabla "C" de acuerdo con los "Criterios para la aplicación de la Tabla C del artículo 4 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS/SNTSS", clave 3A21-018-002 (Anexo 15) para los casos de trabajadores IMSS.
35	Observaciones	La aptitud para el trabajo, la carga de trabajo (liviano, moderado y pesado), si recibió prótesis y órtesis. Además de información que se considere de importancia.
36	Fecha de inicio de pensión	El día, mes, año según corresponda:  <b>a)</b> La fecha que corresponde al día siguiente del último día subsidiado por incapacidad temporal, lo cual deberá estar dentro del término de 52 semanas posterior al riesgo de trabajo.  <b>b)</b> En enfermedad de trabajo, cuando no existe una "OCITT" o esté dado de baja, deberá anotar la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo.  <b>c)</b> En caso de revaloración, anotar como fecha de inicio de pensión, el día siguiente del término del dictamen previo.  <b>d)</b> En caso de defunción por accidente o enfermedad de trabajo, anotar la fecha registrada en el acta de defunción independientemente de los días subsidiados en caso de existir incapacidad temporal.

Clave 3A21-009-011



### ANEXO 6

## Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
37	Fecha de vencimiento del dictamen provisional	Día, mes y año que debe ser un día previo al de inicio de pensión y hasta 2 años posteriores del dictamen inicial. Por ejemplo: si en el dictamen la pensión inicia el 1 de enero del 2021, la fecha de vencimiento a dos años será 31 de diciembre del 2022.
38	Fecha de elaboración	Día, mes y año en que se elaboró el "ST-3".
39	Nombre completo del médico que elaboró el dictamen	Nombre completo del MSST que elaboró el "ST-3"  En caso de "ST-3" manual, además del nombre colocar firma.
40	Matrícula	Matrícula del MSST que elaboró el "ST-3".
41	Unidad Médica	La Unidad de adscripción del Servicio de Salud en el Trabajo que elaboró el "ST-3".
42	OOAD	El OOAD de la Unidad Médica del IMSS donde se elaboró el "ST-3".
43	Nombre completo, cargo, matrícula y firma del personal de salud en el trabajo que aprueba/autoriza el dictamen	El nombre completo, cargo, firma y matrícula en el siguiente orden (en caso de haber otorgado su aprobación): primero el CCST o JSST, luego el Jefe CEST y finalmente CDST o CADST que autoriza el dictamen. La firma autógrafa debe ser colocada sobre el nombre.
44	Recibí dos tantos, uno para el asegurado y otro para entregarlo al patrón	
	Nombre y firma del asegurado, beneficiario o familiar o representante del asegurado.	Nombre completo y firma del asegurado, beneficiario o familiar o representante del asegurado que recibe los dos tantos del "ST-3".
	Fecha	Día, mes y año de recepción.

Clave 3A21-009-011



**ANEXO 7**

**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5  
3A20-009-018**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS Y TERMINADOS  
Y CASOS DE INVALIDEZ**

ST-5

FOLIO	1) CLAVE DE OOAD	2) NÚMERO DE SERIE

3) RIESGOS DE TRABAJO  INVALIDEZ

4) OOAD		5) UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO				7) NOMBRE DEL ASEGURADO				
6) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA						9) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DV				
8) REGISTRO PATRONAL				DV		9) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DV				
10) MATRÍCULA		11) SEXO		12) OCUPACIÓN		13) CURP				
14) CLAVE PRESUPUESTAL UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN LABORAL						18) NOMBRE DEL BENEFICIARIO				
15) ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO		16) BENEFICIARIO		CALIDAD	EDAD	SEXO	17) TIPO DE RIESGO			
19) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DÍA	MES	AÑO	20) TIPO DE JORNADA Y ROTACIÓN		34) FIRMA DEL MÉDICO			
21) CAUSA EXTERNA				22) NATURALEZA DE LA LESIÓN				35) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO		
23) RIESGO FÍSICO				24) ACTO INSEGURO				35) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO		
25) DÍAS DE INCAPACIDAD		36) FECHA DE INICIO DE PENSIÓN O DE ALTA		DÍA	MES	AÑO	35) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO			
27) VALUACIÓN (1)		28) VALUACIÓN (2)		29) VALUACIÓN (3)			36) MATRÍCULA			
30) FECHA DE RECAÍDA		DÍA	MES	AÑO	31) LAUDO O CONVENIO			36) MATRÍCULA		
32) DIAGNÓSTICOS										
33) OBSERVACIONES										

**37) CONTROL DE INCAPACIDADES**

MES	FOLIO	Nº DÍAS	FE-CHA	FOLIO	Nº DÍAS	FE-CHA	FOLIO	Nº DÍAS	FE-CHA	FOLIO	Nº DÍAS	FE-CHA	FOLIO	Nº DÍAS	FE-CHA
ENE															
FEB															
MAR															
ABR															
MAY															
JUN															
JUL															
AGO															
SEP															
OCT															
NOV															
DIC															



**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Clave de OOAD	Los dos dígitos del OOAD conforme al listado de claves de la Tabla 1.
2	Número de serie	El número consecutivo de "ST-5", asignado por el CDST del OOAD. No deberá reiniciarse cada año.
3	Riesgos de trabajo o invalidez	Una X en el recuadro de riesgos de trabajo.
4	OOAD	La clave del OOAD a la cual corresponde la UMF de adscripción del asegurado, conforme al listado de claves de la Tabla 1.
5	Unidad médica de adscripción del asegurado	El número de Unidad Médica de adscripción del asegurado. Si el número de la Unidad tiene menos de 3 dígitos, dejar el(los) espacio(s) en blanco a la izquierda.
6	Nombre del patrón o razón social de la empresa	Nombre del patrón o razón social de la empresa que esté registrado en el "ST-7", "ST-9", "ST-8", "ST-3" o en la "Ficha técnica para el pago e inclusión de laudo o convenio a nómina".
7	Nombre del asegurado	El nombre completo y apellidos del asegurado del caso dictaminado.
8	Registro patronal	Registro patronal del caso dictaminado o referido en la "Ficha técnica para el pago e inclusión de laudo o convenio a nómina". Empezar a llenar de izquierda a derecha. El primer dígito puede ser numérico o alfabético, del dígito 2 a 10 deben ser sólo números, los dígitos 9 y 10 corresponden a la modalidad y solo pueden ser: 10, 13, 14, 17, 30, 35 y 42 (que otorgan prestaciones económicas en el seguro de riesgos de trabajo), excepto para laudo o convenio.  Es obligatorio colocar el dígito verificador en el apartado denominado DV.

Clave: 3A20-009-018



**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
9	Número de seguridad social	El número de seguridad social del caso dictaminado o referido en la "Ficha técnica para el pago e inclusión de laudo o convenio a nómina". Empezar a llenar de izquierda a derecha. Es obligatorio colocar el dígito verificador en el apartado denominado DV.
10	Matrícula	<p>Solo se llenará este dato en caso de ser trabajador del IMSS activo. Si la matrícula tiene menos de 8 dígitos, dejar en blanco a la izquierda el número de caracteres necesarios para completar 8, si tiene más de 8 dígitos anotar los 8 primeros dígitos tomados de izquierda a derecha.</p> <p>Anotar 99999999 si se trata de notificadores o en caso de que el trabajador IMSS todavía no cuente con matrícula.</p>
11	Sexo	(1) Hombre (2) Mujer
12	Ocupación	<p>La clave de la ocupación que corresponda al Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) vigente en el IMSS. La codificación de la ocupación se realizará con base en las actividades referidas por el trabajador para el caso.</p> <p>En todos los casos debe codificarse la ocupación, a excepción de laudos, convenios, recaídas y revaloraciones, en estos casos se debe codificar con 9999.</p>
13	CURP	La Clave Única del Registro de Población asignada al asegurado, en caso de no tener dejar en blanco.
14	Clave presupuestal, unidad de adscripción laboral	En caso de trabajadores del IMSS, registrar la clave presupuestal de la unidad de adscripción laboral del trabajador. Se deben llenar todos los espacios. En laudo o convenio registrar 999999999999.

Clave: 3A20-009-018





**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
15	Antigüedad en el puesto	<p>El tiempo que acumuló el trabajador en el puesto hasta el momento de la ocurrencia del riesgo de trabajo.</p> <p>En la primera posición de izquierda a derecha, se anotará el código de tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) Para días</li><li>(2) Para meses</li><li>(3) Para años</li></ul> <p>En las siguientes dos posiciones el valor según corresponda en días (hasta 29), meses (hasta 11) o años (de 01 en adelante).</p> <p>En todos los casos deberá codificarse la antigüedad, a excepción de laudos o convenios, en estos casos se debe codificar con 999.</p> <p>Recaídas y revaloraciones se debe codificar con 000.</p>
16	Beneficiario	Dejar en blanco.
17	Tipo de riesgo	<p>En la primera posición de izquierda a derecha colocar el tipo de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) Accidente de trabajo</li><li>(2) Accidente de trabajo en trayecto</li><li>(3) Enfermedad de trabajo</li></ul> <p>En la segunda posición de izquierda a derecha la consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(0) Sin días de incapacidad temporal y sin secuelas</li><li>(1) Con días de incapacidad temporal y sin secuelas</li></ul>



**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
17	Tipo de riesgo (Continúa)	<p>(2) Valuación inicial provisional: Se anotará esta consecuencia aun cuando la valuación derive de una recaída, en este caso anotar siempre la fecha de recaída.</p> <p>(3) Valuación inicial definitiva: Anotar esta consecuencia aun cuando la valuación derive de una recaída, en este caso anotar siempre la fecha de recaída</p> <p>En caso de laudo y convenio, si no se menciona que el carácter de la valuación es provisional, invariablemente anotar esta consecuencia en el segundo espacio.</p> <p>(4) Defunción.</p> <p>(5) Recaída: Cuando exista un agravamiento o complicación de la lesión inicial y amerite días de incapacidad temporal, sin valuación ni revaluación de secuelas.</p> <p>Siempre que se anote consecuencia 5, registrar en la "ST-5" la fecha de recaída y sólo llenar los campos: 1 al 9, 17, 19, 25, 26, 30 y del 34 al 36.</p> <p>(6) Valuación inicial provisional posterior a la fecha de alta.</p> <p>Aplica en casos de excepción de riesgo de trabajo que al ser dados de alta no fueron valuados y en fecha posterior reclaman y se confirma(n) la(s) secuela(s) valuable(s).</p> <p>(7) Revaluación provisional: Se anotará esta consecuencia cuando dentro del periodo de adaptación de dos años, se incremente, disminuya o se mantenga el porcentaje de valuación inicial, aun cuando la revaluación derive de una recaída, en este caso deberá anotarse siempre la fecha de recaída.</p>

Clave: 3A20-009-018



**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
17	(Continúa)	<p>(8) Recaída Administrativa. Se utiliza cuando no se cuenta con "OCITT" después de una alta administrativa. Anotar en la "ST-5" la fecha de recaída (Campo 30). Sólo llenar los campos: 1 al 9, 17, 19, 25, 26, 30 y del 34 al 36.</p> <p>(9) Revaluación definitiva. Anotar esta consecuencia cuando se incremente, disminuya o se mantenga el porcentaje de valuación inicial, aun cuando la revaluación derive de una recaída, en este caso anotar siempre la fecha de recaída.</p>
18	Nombre del beneficiario	Dejar en blanco.
19	Fecha del accidente o enfermedad	<p>En accidente de trabajo o de trabajo en trayecto anotar la fecha de ocurrencia del mismo.</p> <p>En enfermedad de trabajo, cuando no existe una "OCITT" o el trabajador esté dado de baja, anotar la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo. Cuando existe una o más "OCITT", anotar la fecha de inicio de la primera "OCITT" de la enfermedad calificada.</p>
20	Tipo de jornada y rotación	<p>En la primera posición de izquierda a derecha:</p> <p>(1) Si es jornada continua (2) Si es jornada discontinua (más de dos horas de interrupción) (3) Si es jornada acumulada</p> <p>En la segunda posición de izquierda a derecha:</p> <p>(0) Jornada acumulada (1) Turno matutino (2) Turno vespertino (3) Turno nocturno (4) Rotación de turno</p> <p>En laudos y convenios anotar 00.</p>

Clave: 3A20-009-018



**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
21	Causa externa	<p>De acuerdo con el catálogo de causa externa, anota 4 dígitos alfanuméricos, con base a la CIE vigente en el IMSS.</p> <p>En laudos, convenios, recaídas y revaluaciones se dejará en "blanco".</p>
22	Naturaleza de la lesión	<p>La correspondiente al diagnóstico del dictamen que se está emitiendo, anotar los 4 dígitos alfanuméricos cuando así lo indique la CIE vigente en el IMSS.</p> <p>El mismo criterio aplicará para laudos, convenios (colocar el diagnóstico relacionado con la valuación referida en la "Ficha técnica para el pago e inclusión de laudo o convenio a nómina"), recaídas y revaloraciones.</p>
23	Riesgo físico	<p>Los tres últimos dígitos de la clave correspondiente a la clasificación general de riesgo físico.</p> <p>En laudos, convenios, recaídas y revaloraciones anotar 000.</p>
24	Acto inseguro	<p>Los tres últimos dígitos de la clasificación general del acto inseguro. En laudos, convenios, recaídas y revaluaciones anotar 000.</p>
25	Días de incapacidad	<p>El total de días registrados en el Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas (NSSA), si no generó incapacidad temporal anotar 0000.</p> <p>En caso de recaídas o valuaciones derivadas de una recaída, solo anotar los días de incapacidad relacionados con la recaída que se está registrando.</p>

Clave: 3A20-009-018



**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
26	Fecha de inicio de pensión o de alta	<p>La fecha que corresponde al día siguiente del último día cubierto por incapacidad temporal, la cual deberá estar dentro del término de 52 semanas posterior al riesgo de trabajo.</p> <p>En enfermedad de trabajo, cuando no existe una "OCITT" o el trabajador esté dado de baja, deberá anotar la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p>En caso de revaloración, se anotará como fecha de inicio de pensión, el día siguiente del término del dictamen previo.</p> <p>En caso de defunción por accidente o enfermedad de trabajo se anotará la fecha en que ocurrió la misma.</p> <p>En caso de laudo o convenio, anotar la fecha de inicio del derecho al otorgamiento de la pensión indicada en la "Ficha técnica para el pago e inclusión de laudo o convenio a nómina".</p>
27	Valuación (1)	<p>El número de la fracción correspondiente a la Tabla de valuación de incapacidades permanentes.</p> <p>En los casos de "ST-9" con consecuencias 0 y 1, anotar en este campo la fracción de la Tabla de Enfermedades de Trabajo que se utilizó para la calificación.</p>
28	Valuación (2)	<p>El número de la segunda fracción correspondiente a la Tabla de valuación de incapacidades permanentes.</p> <p>Cuando sean más de 2 fracciones registrar las dos que otorguen el porcentaje de valuación más alto.</p>



**ANEXO 7**  
**Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
29	Valuación (3)	Resultado de la suma de los porcentajes de las fracciones utilizadas, sin exceder el 100%.
30	Fecha de recaída	Día, mes y año de la probable recaída del apartado <i>Dictamen de calificación</i> del "ST-8".  En caso de laudo o convenio anotar la fecha de elaboración de la "ST-5", para efectos de clasificación de empresas, se toma como fecha de alta.
31	Laudo o convenio	(0) Para los casos de trámite ordinario (1) Para laudo condenatorio (2) Para convenio
32	Diagnósticos	El (los) diagnóstico(s) nosológico(s).
33	Observaciones	Aclaraciones pertinentes.
34	Firma del médico	Firma autógrafa del MSST que llenó el "ST-5".
35	Nombre completo del médico	Nombre(s) y apellido(s) del MSST que llenó el "ST-5".
36	Matrícula	Número de la matrícula del MSST que elaboró la tarjeta. Si la matrícula tiene menos de 8 dígitos, dejar en blanco a la izquierda el número de caracteres necesarios para completar 8, si tiene más de 8 dígitos anotar los 8 primeros dígitos tomados de izquierda a derecha.
37	Control de incapacidades	Número de folio, número de días amparados y fecha de inicio del(os) certificado(s) de la incapacidad inicial y subsecuentes otorgados.

NOTA: Para la codificación del "ST-5" utilizará los siguientes documentos:

- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) vigente en el IMSS (OMS/OPS).
- La clave de la ocupación que corresponda al Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) vigente en el IMSS.
- Catálogos del Riesgo Físico y Acto Inseguro vigentes en el IMSS.

**Clave: 3A20-009-018**



**TABLA 1. Claves de los OOAD**

Clave	Nombre
01	Aguascalientes
02	Baja California
03	Baja California Sur
04	Campeche
05	Coahuila
06	Colima
07	Chiapas
08	Chihuahua
10	Durango
11	Guanajuato
12	Guerrero
13	Hidalgo
14	Jalisco
15	México Oriente
16	México Poniente
17	Michoacán
18	Morelos
19	Nayarit
20	Nuevo León
21	Oaxaca
22	Puebla
23	Querétaro
24	Quintana Roo
25	San Luis Potosí
26	Sinaloa
27	Sonora
28	Tabasco
29	Tamaulipas
30	Tlaxcala
31	Veracruz Norte
32	Veracruz Sur
33	Yucatán
34	Zacatecas
39	Norte Cd. Mx.
40	Sur Cd. Mx.



**ANEXO 8**

**Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8  
3A21-009-012**





**DATOS DEL TRABAJADOR**

1) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		2) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.
3) CURP	4) CORREO ELECTRÓNICO	5) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO
ALCALDÍA O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	6) TELÉFONO FIJO	CELULAR
EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS		7) MATRÍCULA	8) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL	

**DATOS DEL PATRÓN**

9) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		10) REGISTRO PATRONAL	D.V.
11) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO	ALCALDÍA O MUNICIPIO
CIUDAD Y ESTADO	12) CÓDIGO POSTAL	13) TELÉFONO FIJO	14) CORREO ELECTRÓNICO

**ANTECEDENTE DE LA CALIFICACIÓN DEL RIESGO DE TRABAJO (ANEXAR COPIA DEL DICTAMEN ST-7 O ST-9)**

15) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO		16) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S) DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO	
DÍA	MES	AÑO	
17) EL RIESGO SE CALIFICÓ COMO:			
ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE DE TRAYECTO	<input type="checkbox"/>
		ENFERMEDAD DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
18) UNIDAD MÉDICA	19) COAD	20) FECHA DE CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO	
		DÍA	MES
		AÑO	

**DICTAMEN DE CALIFICACIÓN**

21) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO			22) FECHA DE LA PROBABLE RECAÍDA		
			DÍA	MES	AÑO
23) SE ACEPTA RECAÍDA		25) ELEMENTOS MÉDICO-TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
24) NÚMERO DE RECAÍDA					
26) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN					
CON BASE EN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 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.					
27) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN		28) MATRÍCULA	29) FECHA DE LA CALIFICACIÓN	DÍA	MES
				AÑO	30) UNIDAD MÉDICA
					31) COAD

NOTA: SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL PRESENTE DICTAMEN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD.

32) RECIBÍ 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: \_\_\_\_\_

33) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 29.

34) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 33		35) MATRÍCULA	36) FECHA	DÍA	MES	AÑO	37) UNIDAD MÉDICA	38) COAD



**ANEXO 8**  
**Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		
1	Apellido paterno, materno y nombre(s)	Apellidos paterno, materno y nombre(s) del asegurado que reclama la recaída por riesgo de trabajo.
2	Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social del asegurado con dígito verificador (11 dígitos).
3	CURP	La Clave Única de Registro de Población del asegurado.
4	Correo electrónico	Correo electrónico del asegurado.
5	Domicilio: calle y número	Calle y número donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Colonia o fraccionamiento	Colonia o fraccionamiento donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Alcaldía o Municipio	Alcaldía o Municipio donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Ciudad y Estado	Ciudad y Estado donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Código postal	Código postal donde se ubica el domicilio del asegurado.
6	Teléfono fijo	Número de teléfono fijo del asegurado (10 dígitos).
	Celular	Número de teléfono celular del asegurado (10 dígitos).
7	Matrícula	En caso de ser un trabajador IMSS, anotar la matrícula.
8	Centro de adscripción laboral	Nombre del centro de adscripción laboral del trabajador IMSS.



**ANEXO 8**  
**Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
<b>DATOS DEL PATRÓN</b>		
9	Nombre del patrón o razón social de la empresa	Nombre del patrón o razón social de la empresa donde ocurrió el riesgo de trabajo asociado a la probable recaída.
10	Registro patronal	Número del registro patronal de la empresa ante el IMSS con dígito verificador (11 dígitos).
11	Domicilio: calle y número	Calle y número donde se ubica el domicilio de la empresa.
	Colonia o fraccionamiento	Colonia o fraccionamiento donde se ubica el domicilio de la empresa.
	Alcaldía o Municipio	Alcaldía o Municipio donde se ubica el domicilio de la empresa.
	Ciudad y Estado	Ciudad y Estado donde se ubica el domicilio de la empresa.
		NOTA: En empresas con Registro Patronal Único (RPU), anotar clave del Municipio (3 dígitos).
12	Código postal	Código postal donde se ubica el domicilio de la empresa.
13	Teléfono fijo	Número de teléfono de la empresa (10 dígitos).
14	Correo electrónico	Correo electrónico de la empresa.
<b>ANTECEDENTE DE LA CALIFICACIÓN DEL RIESGO DE TRABAJO (ANEXAR COPIA DEL DICTAMEN ST-7 O ST-9)</b>		
15	Fecha del accidente o de la enfermedad de trabajo	Día, mes y año en que ocurrió el riesgo de trabajo asociado a la probable recaída.
16	Diagnóstico(s) nosológico(s) del accidente o enfermedad de trabajo	Especificar el diagnóstico nosológico registrado en el dictamen de calificación del "ST-7" o "ST-9" asociado a la probable recaída.

**Clave: 3A21-009-012**



**ANEXO 8**  
**Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
17	El riesgo se calificó como:	Una X el tipo de riesgo calificado asociado a la probable recaída accidente de trabajo o accidente de trayecto o enfermedad de trabajo.
18	Unidad Médica	Número de la Unidad Médica donde se calificó el riesgo de trabajo asociado a la probable recaída
19	OOAD	OOAD donde se calificó el riesgo de trabajo asociado a la probable recaída.
20	Fecha de calificación del accidente o enfermedad de trabajo	Día, mes y año de la calificación del riesgo de trabajo asociado a la probable recaída.

**DICTAMEN DE CALIFICACION**

21	Diagnóstico(s) nosológico(s) en relación con el accidente o enfermedad de trabajo inicialmente calificado	Diagnóstico(s) CIE que se reclama(n) como probable recaída.
22	Fecha de la probable recaída	Día, mes y año en que inicia la recaída.  Anotar según corresponda:  <b>a)</b> Si generó incapacidad temporal para el trabajo; día, mes y año de la incapacidad inicial del periodo reclamado como probable recaída.  <b>b)</b> Si no generó incapacidad temporal para el trabajo; día mes y año de la "Nota médica" que motivo la recaída.
23	Se acepta recaída	Una X según corresponda si se acepta o no la recaída.
24	Número de recaída	Con letra el número ordinal de recaída calificada. Ejemplo: Tercera.



**ANEXO 8**  
**Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
25	Elementos médico-técnico-administrativos relevantes que apoyan la calificación.	Los elementos médico-técnico-administrativos relevantes que sustentan la calificación de la recaída.
26	Fundamento legal de la calificación	Fundamento(s) legal(es) que sustentan la calificación.
27	Nombre completo y firma del médico que elaboró este dictamen	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (sin abreviaturas) y firma del MSST que calificó el "ST-8".
28	Matrícula	Matrícula del MSST que calificó el "ST-8".
29	Fecha de calificación	Día, mes y año en que se calificó el "ST-8".
30	Unidad Médica	Número de la Unidad Médica donde se calificó el "ST-8".
31	OOAD	OOAD donde se calificó el "ST-8".
32	Recibí 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	Nombre completo y firma del asegurado o beneficiario o familiar o representante del asegurado que recibe los dos tantos del "ST-8".
	Fecha	Día, mes y año de recepción.
33	Observaciones posteriores a la fecha de calificación del inciso 29	La información referente a la modificación a la dictaminación.
34	Nombre completo, firma y puesto de trabajo del médico que realiza las observaciones del inciso 33	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (sin abreviaturas), puesto de trabajo y firma del médico que realiza las observaciones del inciso 33.



**ANEXO 8**  
**Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
35	Matrícula	Matrícula del médico que coloca las observaciones.
36	Fecha	Día, mes y año en que se realizan las observaciones.
37	Unidad Médica	Número de la Unidad Médica donde se realizan las observaciones.
38	OOAD	OOAD donde se realizan las observaciones.



**ANEXO 9**

**Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9  
3A20-009-006**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO ST-9**

**PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO**  
DATOS DEL PATRÓN O LA EMPRESA QUE OCASIONÓ LA EXPOSICIÓN RELEVANTE

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NÚMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO (10 DÍGITOS)
5) REGISTRO PATRONAL	D.V.

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	8) CURP
9) EDAD (AÑOS)	10) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	11) ESTADO CIVIL	12) TELÉFONO FIJO
13) TELÉFONO CELULAR		14) CORREO ELECTRÓNICO	
15) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO	ALCALDÍA O MUNICIPIO
CIUDAD Y ESTADO		16) CÓDIGO POSTAL	
17) UMF DE ADSCRIPCIÓN	18) OOAD (IMSS)	19) FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO	
DÍA		MES	
AÑO		HORA	

20) DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL (DE LOS) PUESTO(S) DE TRABAJO Y DE LA(S) EXPOSICIÓN(ES) RELEVANTE(S) AL(LOS) FACTOR(ES) DE RIESGO (DURACIÓN, INTENSIDAD Y FRECUENCIA), RELACIONADO(S) CON LA(S) ENFERMEDAD(ES).

21) DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO, SINTOMATOLOGÍA Y EXPLORACIÓN FÍSICA ACTUAL, ASÍ COMO ESTUDIOS PARACLÍNICOS E INTERCONSULTAS.

22) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S).

23) AMERITA O AMERITÓ INCAPACIDAD TEMPORAL	FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL	NÚMERO DE FOLIO	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS	24) FECHA DE ELABORACIÓN DE ESTA ST-9	25) UNIDAD MÉDICA Y OOAD DEL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO	

26) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ EL DICTAMEN	27) MATRÍCULA
--	---------------

28) 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 PUDERA TENER PARA CALIFICAR LA PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y TELÉFONO DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

NOTA: EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO DEBERÁ ACORDAR A LA EMPRESA (A LA QUE HACE REFERENCIA ESTE FORMATO EN LOS INCISOS 1-8) Y SOLICITARLE AL PATRÓN QUE LLENE UN TANTO DEL REVERSO DEL FORMATO ST-9. ES NECESARIO ACORDAR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA EN QUE SE ELABORÓ ESTE FORMATO, AL SERVIDOR 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.

Clave: 3A20-009-006





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

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		2) ACTIVIDAD O GIRO		3) REGISTRO PATRONAL		D.V.	
4) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO		ALCALDÍA O MUNICIPIO	
CIUDAD Y ESTADO		5) CÓDIGO POSTAL		8) TELÉFONO FIJO		7) CORREO ELECTRÓNICO	
8) NOMBRE DEL TRABAJADOR				9) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	
				10) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA			
11) OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑÓ		12) JORNADA	13) HORARIO DE TRABAJO		EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS		
					14) MATRÍCULA	15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL	
16) DESCRIPCIÓN PRECISA DEL (DE LOS) PUESTO(S) DE TRABAJO (ANTIGÜEDAD, HORARIOS, ACTIVIDADES, ETC.) Y DE LA(S) EXPOSICIÓN(ES) RELEVANTE(S) AL (A LOS) FACTOR(ES) DE RIESGO QUE ESTÉ(N) RELACIONADO(S) CON LA(S) ENFERMEDAD(ES) DE TRABAJO. DE SER NECESARIO PUEDE ADJUNTAR CARTA COMPLEMENTARIA CON FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA, QUE CONTENGA LA INFORMACIÓN QUE SE JUZGUE PERTINENTE.							
17) NOMBRE DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL				18) LUGAR Y FECHA			
19) FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL				20) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRÓN)			

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

21) CALIFICACIÓN:		SÍ ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		NO ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		
22) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN						
23) DIAGNÓSTICO(S) Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. ANOTAR EL CÓDIGO(S) CIE10 CON SU DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S) Y SU RESPECTIVO DIAGNÓSTICO(S) DE LA TABLA DE ENFERMEDADES DE TRABAJO CON SU FRACCIÓN. EN CASO DE NO ENFERMEDAD DE TRABAJO SOLO ANOTAR EL CÓDIGO(S) CIE10 CON SU DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S).						
CON BASE EN LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 473 Y 475 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO 41 Y 43 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.						
24) FUNDAMENTO LEGAL ADICIONAL:						
25) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORA ESTE DICTAMEN		26) MATRÍCULA	27) FECHA DE CALIFICACIÓN		28) UNIDAD MÉDICA	29) COAD
			DÍA	MES	AÑO	
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.						
30) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN						
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO				FECHA: _____		
31) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 27.						
32) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 31.		33) MATRÍCULA	34) FECHA		35) UNIDAD MÉDICA	36) COAD
			DÍA	MES	AÑO	



### ANEXO 9

## Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
<b>DATOS DEL PATRÓN O LA EMPRESA QUE OCASIONÓ LA EXPOSICIÓN RELEVANTE</b>		
1	Nombre del patrón o razón social de la empresa	Nombre del patrón o razón social de la empresa donde se sospecha se ocasionó la exposición relevante que causó/exacerbó o se relacionó con la(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo que se reclama(n) (sin importar si el patrón está en alta o en baja).
2	Domicilio de la empresa, calle y número	Calle y número donde se ubica la empresa.
	Colonia o fraccionamiento, Alcaldía o Municipio, Ciudad y Estado	Colonia o fraccionamiento, Alcaldía o Municipio, Ciudad y Estado donde se ubica la empresa.
3	Código postal	Código postal de la empresa.
4	Teléfono (10 dígitos)	Número de teléfono de la empresa.
5	Registro patronal (D.V.).	Número del registro patronal de la empresa ante el IMSS con dígito verificador (D.V.).
6	Número de seguridad Social (D.V.)	Número de seguridad social del asegurado con dígito verificador (D.V.)
7	Apellidos paterno, materno y nombre(s)	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que presenta la(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo.
8	CURP	Clave Única de Registro de Población del asegurado.
9	Edad (años)	Edad en años del asegurado.
10	Sexo	Una X en M para masculino y en F para femenino.
11	Estado civil	Estado civil del asegurado.



### ANEXO 9

#### Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Teléfono fijo	Número de teléfono fijo del asegurado (10 dígitos).
13	Teléfono celular	Teléfono celular del asegurado (10 dígitos).
14	Correo electrónico	Correo electrónico del asegurado.
15	Domicilio: calle y número	Calle y número donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Colonia o fraccionamiento	Colonia o fraccionamiento del domicilio del asegurado.
	Alcaldía o Municipio	Alcaldía o Municipio donde se ubica el domicilio del asegurado.
	Ciudad y Estado	Ciudad y Estado donde se ubica el domicilio del asegurado.
16	Código postal	Código postal del domicilio del asegurado.
17	UMF de adscripción	Número de Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado.
18	OOAD (IMSS)	OOAD donde se encuentra la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado.
19	Fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el servicio de Salud en el Trabajo	Día, mes, año y hora de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo con el MSST.
20	Descripción detallada del (de los) puesto(s) de trabajo y de la(s) exposición(es) relevante(s) al(los) factor(es) de riesgo (duración, intensidad y frecuencia), relacionado(s) con la(s) enfermedad(es)	Si el patrón donde se sospecha la exposición relevante para la(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo es diferente al patrón actual se deberá iniciar el campo con la siguiente leyenda "Fecha de baja del trabajador con la empresa donde ocurrió la exposición: dd/mm/aaaa" dicha fecha deberá de obtenerse de la cuenta individual de SINDO o de la Consulta de Vigencia.

Clave: 3A20-009-006



### ANEXO 9

#### Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
20	(Continúa)	<p>Realizar la descripción del (de los) puesto(s) de trabajo relacionado(s) con la enfermedad(es) de trabajo (tipo, actividades, antigüedad, horario, jornada, etc.).</p> <p>Especificar la(s) exposición(es) relevante(s) al(los) factor(es) de riesgo (duración, intensidad y frecuencia), relacionado(s) con la(s) enfermedad(es), la cercanía o contacto directo con sus fuentes generadoras y otros datos que considere necesarios para caracterizar la exposición.</p>
21	Descripción de la evolución del padecimiento, sintomatología y exploración física actual, así como estudios paraclínicos e interconsultas	Describir detalladamente el inicio y evolución del padecimiento(s) (semiología en el tiempo), sintomatología y exploración física actual realizada por el MSST (uso de clasificaciones funcionales, entre otras), así como estudios paraclínicos congruentes con la(s) probable(s) enfermedad(es) de trabajo (usar estadificaciones en caso necesario) e interconsultas.
22	Diagnóstico(s) nosológico(s)	<p>El diagnóstico de certeza (seguido entre paréntesis de su código CIE), completo(s) y congruente(s) con la exposición laboral y la descripción médica de la probable enfermedad de trabajo.</p> <p>En caso de identificar varios diagnósticos nosológicos de certeza derivados de una misma exposición relevante al factor de riesgo, latencia y/o fisiopatología, se elaborará un solo "ST-9".</p> <p>De presentar múltiples probables enfermedades de trabajo con diferentes exposiciones relevantes a los factores de riesgo, latencias y/o fisiopatologías se elaborará un formato por cada una</p>



### ANEXO 9

## Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
23	Amerita o ameritó incapacidad temporal	Una X en Sí o en No según corresponda.
	Fecha de inicio de la incapacidad inicial, número de folio, número de días autorizados	Día, mes, año, número de folio y número de días autorizados del primer "OCITT" expedido por el diagnóstico de enfermedad que se está estudiando como probable enfermedad de trabajo hasta por un máximo de 2 años previos a la fecha de la calificación.  NOTA: Lo anterior, en caso de existir varios periodos discontinuos de "CITT" otorgados.
24	Fecha de elaboración de esta ST-9	Día, mes, año en que se elaboró el "ST-9".
25	Unidad Médica y OOAD del servicio de Salud en el Trabajo	Unidad Médica y OOAD del Servicio de Salud en el Trabajo donde se elaboró el "ST-9".
26	Nombre completo y firma del médico que elaboró el dictamen	Nombre(s), apellido paterno y materno y la firma del médico que elaboró el "ST-9".
27	Matrícula	Matrícula del médico que elaboró el "ST-9".
28	Nombre y firma del asegurado	Nombre completo y firma del asegurado.
	Nombre, firma y teléfono del beneficiario o representante del asegurado	Nombre completo, firma y teléfono del beneficiario o representante del asegurado, cuando éste sea el que proporcione la información del anverso.



**ANEXO 9**

**Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)</b>		
1	Nombre del patrón o razón social de la empresa	Nombre del patrón o razón social de la empresa.
2	Actividad o giro	Actividad o giro de la empresa.
3	Registro patronal	Número del registro patronal de la empresa ante el IMSS con dígito verificador (D.V.).
4	Domicilio: calle y número	Calle y número donde se ubica la empresa.
	Colonia o fraccionamiento	Colonia o fraccionamiento del domicilio de la empresa.
	Alcaldía o Municipio	Alcaldía o Municipio donde se ubica el domicilio de la empresa.
	Ciudad y Estado	Ciudad y Estado donde se ubica el domicilio de la empresa.
5	Código postal	Código postal del domicilio de la empresa.
6	Teléfono fijo	Número de teléfono de la empresa (10 dígitos).
7	Correo electrónico	Correo electrónico de la empresa.
8	Nombre del trabajador	Nombre y apellidos del trabajador.
9	Número de seguridad social	El número de seguridad social del asegurado con dígito verificador.
10	Antigüedad en la empresa	Años y meses que desempeña o desempeñó el asegurado en la empresa.
11	Ocupación que desempeña o desempeñó	La ocupación que desempeña o desempeñó el asegurado.

**Clave 3A21-009-006**



### ANEXO 9

#### Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Jornada	Tipo de jornada que desempeña o desempeñó el asegurado.
13	Horario de trabajo	Horario de trabajo que tiene o tenía el asegurado.
14	Matricula	Matrícula en caso de ser trabajador IMSS.
15	Centro de adscripción laboral	Nombre del centro de adscripción laboral del trabajador IMSS.
16	Descripción precisa del (de los) puesto(s) de trabajo (antigüedad, horarios, actividades, etc.) y de la(s) exposición(es) relevante(s) al (a los) factor(es) de riesgo que este(n) relacionado(s) con la(s) enfermedad(es) de trabajo. De ser necesario puede adjuntar carta complementaria con firma y sello de la empresa, que contenga la información que se juzgue pertinente.	Descripción precisa por parte del patrón del (de los) puesto(s) de trabajo (antigüedad, horarios, actividades, etc.) y de la(s) exposición(es) relevante(s) al(los) factor(es) de riesgo que este(n) relacionado(s) con la(s) enfermedad(es) del trabajador.  De ser necesario puede adjuntar "Carta complementaria" con firma y sello de la empresa, que contenga la información que se juzgue pertinente.
17	Nombre del patrón o su representante legal	Nombre del patrón o de su representante legal.
18	Lugar y fecha	Sitio y fecha del llenado de los datos complementarios del formato "ST-9".
19	Firma del patrón o su representante legal	Firma del patrón o su representante legal.
20	Sello (en caso de no contar con sello firma autógrafa del patrón)	Estampar el sello del patrón o empresa, de no contar con sello poner firma autógrafa del patrón o su representante legal.





**ANEXO 9**

**Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
<b>DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)</b>		
21	Calificación	Una X si se califica como Sí o No enfermedad de trabajo.
22	Elementos médico-técnico-administrativos relevantes que apoyan la calificación	Elementos médicos-técnico-administrativos relevantes que apoyan la calificación, tales como la historia clínica y laboral del trabajador, patología presentada y latencia de esta, resultados de laboratorio y gabinete, caracterización de la exposición (intensidad, duración y frecuencia), resultado del "Informe de investigación del puesto de trabajo", clave 3A23-009-035 (documental y/o evaluación del ambiente de trabajo), en su caso.
23	Diagnóstico(s) y fundamento legal de la calificación.	El código(s) CIE con su diagnóstico(s) nosológico(s) y su respectivo diagnóstico(s) de la Tabla de Enfermedades de Trabajo con su fracción.
	Anotar el código(s) CIE con su diagnóstico(s) nosológico(s) y su respectivo diagnóstico(s) de la Tabla de Enfermedades de Trabajo con su fracción.	En caso de ser varios diagnósticos, éstos deben estar relacionados con el mismo daño fisiopatológico del(os) factor(es) de riesgo identificado(s).
	En caso de no enfermedad de trabajo solo anotar el código(s) CIE con diagnóstico(s) nosológico(s)	
24	Fundamento legal adicional	De considerarse necesario, colocar los preceptos legales aplicables al caso, tales como otros artículos de la Ley Federal del Trabajo, Ley del Seguro Social, jurisprudencias, tesis aisladas, etc.





### ANEXO 9

#### Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
25	Nombre completo y firma del médico que elabora este dictamen	Nombre completo y firma del MSST que elaboró el dictamen.
26	Matrícula	Matrícula del MSST que calificó la "ST-9".
27	Fecha de calificación	Día, mes y año en que se emitió la calificación de la "ST-9".
28	Unidad Médica	Unidad Médica donde se calificó la "ST-9".
29	OOAD	OOAD donde se dictaminó la "ST-9".
30	Recibí dos tantos, uno para el asegurado y otro para entregarlo al patrón	
	Nombre y firma del asegurado, beneficiario o representante del asegurado	Solicitar que anote nombre completo y la firma autógrafa al asegurado, beneficiario o representante del asegurado al recibir dos tantos del "ST-9".
	Fecha	Día, mes y año en que el asegurado, beneficiario o representante del asegurado recibe dos tantos del "ST-9".
31	Observaciones posteriores a la fecha de calificación del inciso 27.	Observaciones tales como recalificación, rectificación de la calificación o complementación diagnóstica en relación con la calificación de la(s) enfermedad(es) de trabajo realizada en la fecha referida en el inciso 27 del "ST-9".
32	Nombre completo, firma y puesto de trabajo del médico que realiza las observaciones de inciso 31.	Nombre completo, firma y puesto de trabajo del Médico que realiza las observaciones del inciso 31.
33	Matrícula	Matrícula del Médico que realiza las observaciones de inciso 31.



## ANEXO 9

### Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
34	Fecha	Día, mes y año en que se emiten las observaciones.
35	Unidad Médica	Unidad Médica donde se emiten las observaciones.
36	OOAD	OOAD donde se emiten las observaciones.

Captura del formato "ST-9" en el SIMF.

En los casos que se califiquen sin información complementaria del patrón o que el patrón se encuentra en baja; estos deberán ser capturados en el SIMF al momento de la calificación, debiendo considerar las disposiciones siguientes:

Pantalla 1 de 4

- En todos los campos deberá registrar la información contenida en el anverso del "ST-9".
- Solo en caso de que no se encuentre el trabajador durante la calificación y que la atención inicial se haya registrado en el formato "ST-7", información con la cual se llenó el anverso del formato "ST-9", y que los datos estén incompletos, se colocará en las partes donde falte texto "Sin datos", excepto en teléfono y código postal donde se colocará "99999". En el apartado de "Datos del Asegurado al día del Accidente", en el campo de "Ocupación" registrar la opción "Ocupaciones no especificadas", en horario de trabajo registrar "00:00 a 00:00"; en "Antigüedad en dicha ocupación" registrar "0" años "0" meses "1" día; "Día de Descanso Previo al Accidente", colocar el que se encuentre en el formato "ST-7" o en caso de no contar con este dato registrar el día anterior al accidente; en "Salario Diario" anotar 1.00.

Pantalla 2 de 4

- En el apartado "Datos del Riesgo de Trabajo", en los campos correspondientes a:
  - ✓ Fecha y hora en que ocurrió el accidente
  - ✓ Fecha y hora en que suspendió labores
  - ✓ Fecha y hora de comunicación
  - ✓ Fecha cuando el patrón emitió la forma



- Si se cuenta con “OCITT”, anotar en el campo “Fecha y hora en que ocurrió el accidente” la fecha del “OCITT”, plasmada en el anverso del formato “ST-9”; de no contar con OCITT colocar la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo anotada en el anverso de este formato. En los tres casos los campos relacionados con “hora” deberán llenarse con la hora de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo.

- En el campo “Descripción precisa de la forma y el sitio o área en los que ocurrió el Accidente, en caso de Enfermedad describir los agentes contaminantes y tiempo de exposición a los mismos”, se anotarán las leyendas siguientes:

“Caso sin información complementaria, el patrón no dio aviso de la probable enfermedad de trabajo al instituto de acuerdo con lo estipulado en el artículo 22 del Reglamento de Prestaciones Médicas las fechas anotadas corresponden a la fecha de Incapacidad inicial otorgada” o “Caso sin información complementaria, el patrón no dio aviso de la probable enfermedad de trabajo al Instituto de acuerdo con lo estipulado en el artículo 22 del Reglamento de Prestaciones Médicas, las fechas anotadas corresponden a la fecha de la primera consulta por probable enfermedad de trabajo en el Servicio de Salud en el Trabajo”, según sea el caso.

- En el campo “Persona de la empresa que tomó conocimiento inicial del Accidente” se deberá anotar “99999”.

- En el resto de campos en texto libre anotar la leyenda “Sin Datos”.

- Los campos “Causa Externa”, “Acto inseguro” y “Riesgo Físico” deben codificarse conforme a la descripción plasmada en el anverso del formato “ST-9”.

- En el campo “Estado”, especificar el que corresponda a la empresa de acuerdo con la Consulta de Vigencia o SINDO, en su caso.

Pantalla 3 de 4 y 4 de 4

La información se obtendrá de la calificación efectuada por el MSST, inserta la leyenda “El patrón no dio aviso de la probable enfermedad de trabajo al Instituto de acuerdo con lo estipulado en el artículo 22 del Reglamento de Prestaciones Médicas”, en el apartado de “Fundamentación y Motivación”.

NOTA: A estos casos se les elaborará “ST-2” electrónica y en caso de generar “ST-3” se deberá elaborar nueva “ST-1” con la información completa.



## **ANEXO 10**

**Lineamiento normativo para el estudio de asegurados dados de baja que reclaman prestaciones por Riesgos de Trabajo en unidades de medicina familiar**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SECRETARIA GENERAL

34/

6381

México, D.F., a 10 de septiembre de 1997.

LIC. SERGIO ARMANDO VALLS HERNANDEZ  
Director Jurídico  
Presente

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 20 de agosto del presente año, dictó el Acuerdo número 390/97, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en el Artículo 263 de la Ley del Seguro Social, vigente a partir del 1 de julio de 1997, de conformidad con el estudio presentado por la Dirección Jurídica con oficio 1833, de fecha 15 de agosto de 1997, a efecto de generar las condiciones indispensables para una cabal aplicación de la vigente Ley del Seguro Social, acuerda: I.- Se revocan los Acuerdos números 1 985/83, de fecha 19 de octubre de 1983 y 2 856/83, de fecha 21 de diciembre del mismo año, en los cuales se establece que los Servicios Médicos Institucionales deben abstenerse de practicar, a personas no protegidas por el Seguro de Riesgos de Trabajo, los exámenes médicos que soliciten para que se les certifique si padecen o no de alguna enfermedad de trabajo, cuando se encuentren fuera del periodo de conservación de sus derechos para el otorgamiento de servicios médicos; así también se deroga el punto II del Acuerdo No. 607/89, de fecha 4 de octubre de 1989, derivado de los anteriores; II.- En concordancia con los Artículos 44, 294 y 295 de la Ley del Seguro Social, en relación con el Artículo 516 de la Ley Federal del Trabajo, los Servicios Médicos Institucionales deberán en caso de conclusión de la relación laboral, practicar los exámenes médicos relativos a enfermedades o accidentes de trabajo, dentro del año siguiente a la fecha en que el trabajador haya causado baja en el ramo del Seguro de Riesgos de Trabajo; y III.- Que las Direcciones de Prestaciones Médicas, de Afiliación y Cobranza, de Prestaciones Económicas y Sociales, y Jurídica difundan y apliquen en el ámbito de su competencia, las determinaciones anteriores, para su cabal cumplimiento".

Lo que comunico a usted para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente

Lic. Juan Moisés Calleja García  
Secretario General



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

LINEAMIENTO NORMATIVO PARA EL  
ESTUDIO DE ASEGURADOS DADOS  
DE BAJA QUE RECLAMAN  
PRESTACIONES POR RIESGOS DE  
TRABAJO EN UNIDADES DE  
MEDICINA FAMILIAR.

IMSS

AL SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL



## INDICE

HOJA No.

- INTRODUCCION	1
- OBJETIVO	3
- POLITICAS	4
- DIAGRAMA DE BLOQUE	5
- INSTRUCTIVO	6
- ANEXOS	9

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL





## INTRODUCCION

EN LA COBERTURA DE LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DERIVADAS DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO REGULADO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EL INSTITUTO HA TENIDO QUE VENIR ENFRENTANDO LAS ACCIONES QUE LOS ASEGURADOS O SUS BENEFICIARIOS LEGALES INTERPONEN A TRAVES DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD ANTE LOS ORGANOS COLEGIADOS INSTITUCIONALES FACULTADOS PARA CONOCER Y RESOLVER SOBRE EL MISMO, ASI COMO MEDIANTE LAS DEMANDAS QUE SE INSTAURAN ANTE LAS JUNTAS FEDERALES DE CONCILIACION Y ARBITRAJE, CUANDO NO SON SATISFECHAS PLENAMENTE MEDIANTE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS ORDINARIOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO.

POR LO QUE HACE A LOS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO, EN LOS CASOS EN QUE LOS ASEGURADOS HAN CAUSADO BAJA DEL REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL, LOS SERVICIOS MEDICOS INSTITUCIONALES SE HAN VISTO IMPEDIDOS PARA REALIZARLES EXAMENES Y ESTUDIOS MEDICOS PARA DETERMINAR SI TIENEN ALGUNA SECUELA VALUABLE CUYO ORIGEN O MOTIVO SE IDENTIFIQUE EN UN RIESGO DE TRABAJO, EN ORDEN A LO PREVISTO EN LOS ACUERDOS 1985/83 Y 2856/83, DICTADOS POR EL H. CONSEJO TECNICO LOS DIAS 19 DE OCTUBRE Y 21 DE DICIEMBRE DE 1983, RESPECTIVAMENTE.

LO ANTERIOR HA ORIGINADO QUE LOS INTERESADOS EN OBTENER LAS PRESTACIONES EN ESPECIE Y EN DINERO QUE PROCEDAN POR TALES RIESGOS, LAS RECLAMEN ANTE LAS AUTORIDADES LABORALES, LO QUE HA INCIDIDO POR UN LADO EN EL INCREMENTO DE JUICIOS EN DICHA MATERIA Y POR OTRO QUE EN EL PROCESO RESPECTIVO, EN SU OPORTUNIDAD, EL INSTITUTO NO CUENTE CON LOS ELEMENTOS MEDICO-TECNICO-

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL





ADMINISTRATIVOS, PARA DESARROLLAR UNA DEFENSA ADECUADA Y EFECTIVA DE LOS INTERESES INSTITUCIONALES, DEBIDAMENTE APEGADO Y EN RESPETO IRRESTRICTO A LOS DERECHOS QUE TUTELA LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN FAVOR DE LOS ASEGURADOS Y SUS BENEFICIARIOS.

ATENDIENDO A ESTA PROBLEMÁTICA, EL H. CONSEJO TÉCNICO HA DEJADO SIN EFECTO LOS REFERIDOS ACUERDOS, MEDIANTE EL SIMILAR 399/97, DICTADO EL 20 DE AGOSTO DE 1997, LO QUE PERMITIRÁ QUE EN APEGO A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 41, 42, 43 Y DEMÁS CORRELATIVOS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, LOS SERVICIOS MÉDICOS INSTITUCIONALES EFECTÚEN ESTUDIOS A LOS ASEGURADOS QUE YA NO SE ENCUENTREN VIGENTES EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL.

FINALMENTE, EL PRESENTE LINEAMIENTO NORMATIVO, CONTIENE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR LAS ÁREAS INVOLUCRADAS, PARA EL MANEJO DE TRABAJADORES EN BAJA QUE RECLAMAN PRESTACIONES EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO.

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



## OBJETIVO

DOTAR A LOS SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, DE AFILIACION VIGENCIA DE DERECHOS, DE CLASIFICACION DE EMPRESAS, DE SALUD EN EL TRABAJO Y DE ATENCION MEDICA DE LAS DELEGACIONES DEL SISTEMA, DE UN INSTRUMENTO NORMATIVO QUE LES PERMITA ATENDER EFICAZ Y OPORTUNAMENTE LAS SOLICITUDES DE LOS TRABAJADORES DADOS DE BAJA QUE RECLAMAN PRESTACIONES POR RIESGOS DE TRABAJO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO, DE LA NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ACUERDO 399/97 DE FECHA 20 DE AGOSTO DE 1997, EMITIDO POR EL H. CONSEJO TECNICO.

**IMSS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

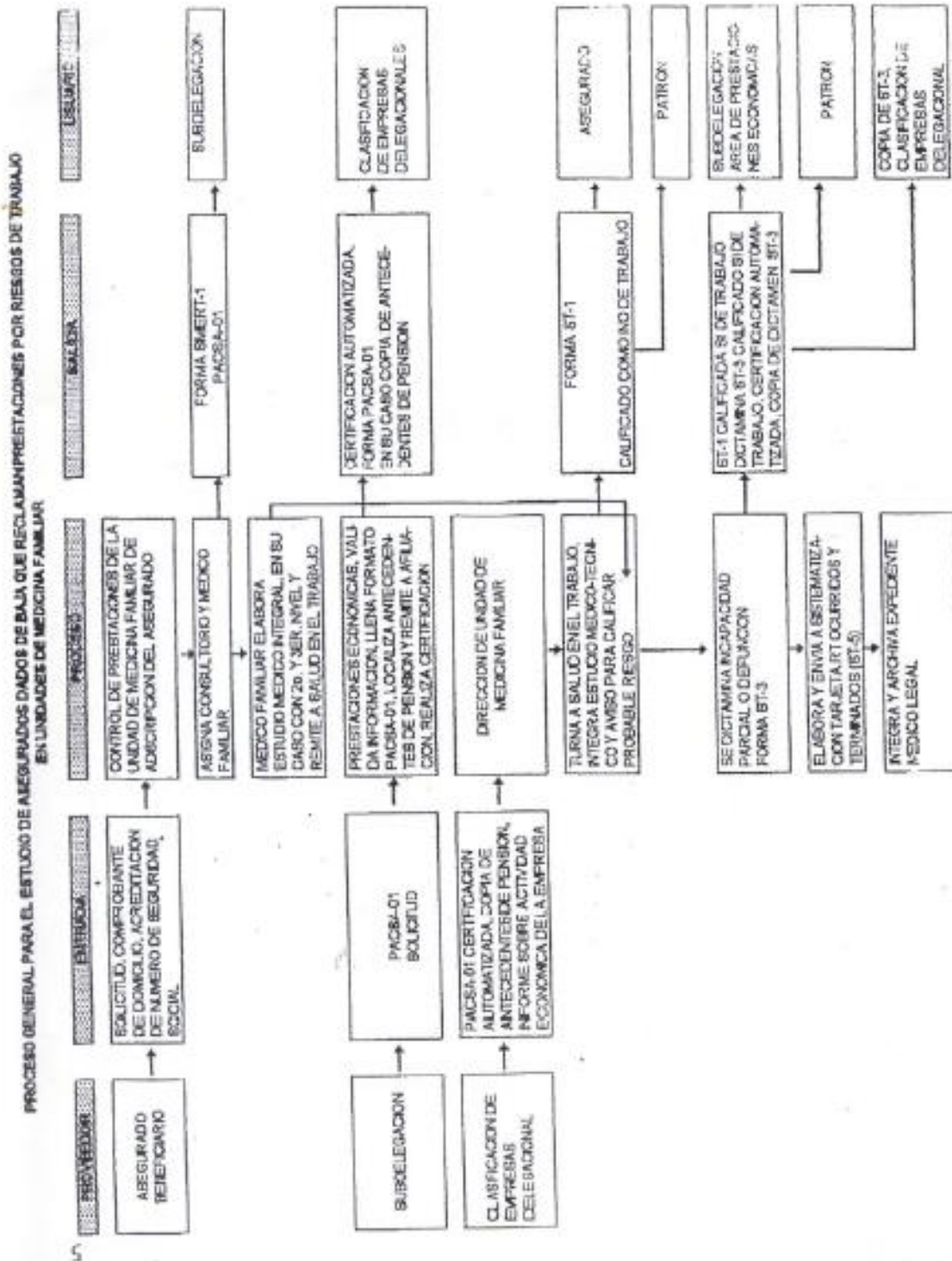


## POLITICAS

- EL PRESENTE LINEAMIENTO NORMATIVO REGULA LA ATENCION A LOS TRABAJADORES DADOS DE BAJA QUE SOLICITEN PRESTACIONES POR RIESGOS DE TRABAJO.
- EL PRESENTE LINEAMIENTO NORMATIVO ES DE APLICACION ESTRICTA PARA LOS SERVICIOS DELEGACIONALES DE ATENCION MEDICA, SALUD EN EL TRABAJO, AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS, PRESTACIONES ECONOMICAS Y DE CLASIFICACION DE EMPRESAS.
- LA ELABORACION Y MODIFICACION DE LAS NORMAS QUE CONTIENE ESTE LINEAMIENTO ES DE LA COMPETENCIA EXCLUSIVA DE LAS AREAS NORMATIVAS INVOLUCRADAS.
- LAS AREAS INVOLUCRADAS, DEBERAN DE MANTENER UNA ESTRECHA COORDINACION, CON LA FINALIDAD DE ATENDER LOS ASUNTOS DE SU COMPETENCIA, EN FORMA EFICAZ Y OPORTUNA.
- LOS EXPEDIENTES MEDICO-TECNICOS, INTEGRADOS PARA LOS ASEGURADOS DADOS DE BAJA QUE SOLICITARON PRESTACIONES POR RIESGOS DE TRABAJO, ESTARAN A LA DISPOSICION DE LOS SERVICIOS JURIDICOS DELEGACIONALES, PARA EL DESAHOGO DE LOS RECURSOS Y JUICIOS INSTAURADOS POR LOS PARTICULARES.

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL







DESCRIPCION DE ACTIVIDADES PARA EL ESTUDIO DE ASEGURADOS  
DADOS DE BAJA QUE RECLAMAN PRESTACIONES POR RIESGO DE  
TRABAJO EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR.

RESPONSABLE	No. ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
Asegurados o sus beneficiarios	1	Se presenta en la U.M.F. de adscripción.
U.M.F. de Adscripción del Asegurado	2	Recibe solicitud del asegurado o beneficiarios en relación a riesgos de trabajo ocurridos y elabora (SEMRT-01) "Solicitud de Estudio Médico para Determinar Probable Riesgo de Trabajo" y (PACSA-01) "Hoja de Antecedentes" (anexos 1 y 2).
Control de Prestaciones	3	Asigna consultorio y médico familiar en forma manual y exclusivamente para la realización de estudios para dictaminar probable riesgo de trabajo.
	4	Orienta al asegurado para que se presente con el médico familiar y le entrega original de la forma SEMRT-01 para iniciar estudios, y recaba acuse de recibo.
	5	Remite a la Subdelegación de Control al Servicio de Prestaciones Económicas: - Copia solicitud SEMRT-01. - Original forma PACSA-01.
Atención Médica	6	Elabora estudio médico integral, en su caso con 2o. y 3er nivel y remite a Salud en el Trabajo para su dictaminación (continúa en el punto 14).
Subdelegación de Control de la U.M.F. Prestaciones Económicas	7	Recibe los documentos señalados en el punto 5 y localiza antecedentes de pensión. Llena el formato PACSA-01 en la parte correspondiente y envía a los Servicios de Afiliación Vigencia de -

IMSS

REGISTRADO Y COSEFOPROFUNDOS



RESPONSABLE	No. ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
Afiliación Vigencia de Derechos	8	Derechos el formato PACSA-01 y en su caso, antecedentes de pensión en copia.
	9	Recibe la documental señalada en el punto anterior y valida en fuentes de consulta el nombre y número de seguridad social del asegurado y datos de la empresa.
	10	Llena en la forma PACSA-01 los datos correspondientes y elabora certificación automatizada.
	11	Envía mediante oficio al Departamento Consultivo y de Clasificación de Empresas de la Delegación de Control del patrón, la forma PACSA-01, la certificación automatizada y en su caso, antecedentes de pensión.
Departamento Consultivo y de Clasificación de Empresas	12	Recibe los documentos señalados en el punto anterior, localiza antecedentes del patrón ya sea en expediente o microfichas y llena la forma PACSA-01 en los recuadros correspondientes al Servicio de Clasificación de Empresas.
	13	Remite mediante oficio (anexo 3) a la Dirección de la U.M.F. de adscripción del asegurado la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"><li>- Hoja de Certificación automatizada.</li><li>- La forma PACSA-01.</li><li>- En su caso, antecedentes de pensión.</li></ul>
Dirección de la U.M.F. de adscripción del asegurado.	13	Recibe la documental señalada en el punto anterior y la deriva al Servicio de Salud en el Trabajo.

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



RESPONSABLE	No. ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
Servicio de Salud en el Trabajo	14	Recibe expediente clínico integrado de atención médica y la documental señalada en el punto 12.
	15	Integra el expediente clínico, estudio del medio ambiente y formato ST-1 "Aviso para Calificar probable Riesgo de Trabajo" y dictamina de acuerdo al procedimiento normado.
	16	Cuando la calificación es no de trabajo informa al asegurado y le entrega copia de la forma ST-1 y lo orienta respecto al recurso de inconformidad.
	17	Cuando la calificación es si de trabajo, entrega al asegurado copia del formato ST-1 y si identifica presencia de secuelas, elabora "Dictamen de Incapacidad Permanente", forma ST-3.
	18	Remite a Prestaciones Económicas de la Subdelegación para el trámite de pensión la siguiente documentación:  - Dictamen ST-3 - Certificación automatizada.
	19	Codifica forma de "Registro de Riesgos de Trabajo Ocurridos y Terminados", forma ST-5 y procede a su captura conforme a lo normado.
	20	Integra el expediente médico legal para su guarda y su exhibición cuando así sea requerido.
	21	Se notifica al patrón la ST-3 y ST-1 de conformidad con lo establecido en el artículo 27 del Reglamento de Servicios Médicos.
22	Envía copia de ST-3 al área de Clasificación de Empresas Delegacional.	

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



## ANEXOS





ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES  
DIRECCION DE AFILIACION COBRANZA  
DIRECCION JURIDICA  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS**

**DELEGACION :** \_\_\_\_\_  
**SUBDELEGACION :** \_\_\_\_\_  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR :** \_\_\_\_\_

México, D. F., a

C. Director  
Presente.

Folio :

**SOLICITUD DE ESTUDIO MEDICO PARA DETERMINAR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO**

Agradeceré a usted, girar sus apreciables instrucciones a quien corresponda, con la finalidad de que se practique exclusivamente estudio médico al C. \_\_\_\_\_, número de Seguridad Social \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, adscrito a la U.M.F. No. \_\_\_\_\_, a fin de determinar si presenta un padecimiento derivado de probable riesgo de trabajo, al término, derivar a los Servicios de Salud en el Trabajo para el dictamen que proceda, para el efecto se adjunta Hoja de Antecedentes.

Atentamente

FORMA SERVIDOR  
ORIGINAL Y TRES COPIAS





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES**  
**DIRECCION DE AFILIACION COBRANZA**  
**DIRECCION JURIDICA**  
**DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS**

MEXO 2

**HOJA DE ANTECEDENTES**

**INFORMES EXCLUSIVOS PARA EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO**

DATOS DEL ASEGURADO	
Nombre del Asegurado :	Número de Seguridad Social :
Domicilio :	Unidad de Medicina Familiar : Anterior :                      Actual :
Nombre de la Empresa en que ocurrió el probable riesgo de trabajo	Fecha probable del riesgo de trabajo

SERVICIO DE PRESTACIONES ECONOMICAS	
Antecedentes de Pensión:                      SI ( )      NO ( )	Tipo de Pensión :
Se encuentra vigente la pensión:      SI ( )      NO ( )	Importe Actual de la Pensión:
Fecha del Dictamen:	Porcentaje de Incapacidad:
Artículo (s) y Fracción (es) L. F. T. :	
Subdelegación que controla la pensión :	
Nota : Se anexa antecedentes de la pensión que se menciona.	

SERVICIO DE AFILIACION VIGENCIA	
Vigente como asegurado                      SI ( )                      NO ( )	Fecha de Baja :
Nombre de la Empresa (con la que se reclama el padecimiento):	Registro Patronal :
Domicilio de la Empresa :	
Nota : Se anexa Certificación Sistematizada con el salario promedio de las últimas 52 semanas.	

SERVICIOS DE CLASIFICACION DE EMPRESAS	
Nombre de la Empresa en la que ocurrió el probable riesgo:	
Domicilio de la Empresa en la que ocurrió el probable riesgo :	
Registro Patronal:	Actividad Económica de la Empresa :
Fracción :	Clase de Riesgo
Proceso de Trabajo	

FORMA PACSA-01  
ORIGINAL Y CINCO COPIAS



ANEXO 3

Delegación  
Departamento de lo Consultivo y de Clasificación de Empresas  
Oficina de Clasificación de Empresas

Fecha

Referencia

**C. DIRECTOR DE LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR No.**  
Domicilio

Asunto: Se envía Información de trabajador dado de baja, que solicita prestaciones por riesgos de trabajo.

Remito a su atención la Hoja de Antecedentes (FORMA PACSA 01), relativa al asegurado con número de Seguridad Social, así como:

1. Certificación automatizada.
2. Antecedentes de pensión (en su caso).

Para el efecto de que se turne al Servicio de Salud en el Trabajo, para su integración en el expediente Médico-Técnico correspondiente.

Atentamente

**EL TITULAR DE LA DELEGACION**

PACSA



**ANEXO 11**

**Tesis aisladas relacionadas con enfermedades de trabajo  
3A21-022-004**



- Tesis VI.4o.9 L, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. VII, mayo de 1998, p. 1014.

**ENFERMEDAD PROFESIONAL. NO SE REQUIERE QUE SE DEMUESTRE LA RELACIÓN CAUSA-EFECTO ENTRE LA ENFERMEDAD SUFRIDA Y EL TRABAJO DESARROLLADO, CUANDO DICHA ENFERMEDAD ESTÁ DEFINIDA COMO PROFESIONAL EN EL ARTÍCULO 513 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO (TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA TEXTIL).**

Si está demostrado que el trabajador padece hipoacusia y, además, que su trabajo lo desempeñó en la industria textil, existe la presunción legal de que dicha enfermedad está considerada como profesional, de acuerdo con la tabla contenida en el artículo 513, apartado 156, de la Ley Federal del Trabajo, que la cataloga como propio derivado del trabajo de los tejedores, coneros y trocileros, afirmación que se corrobora con lo dispuesto por el precepto 476 de la ley en cita, que establece que serán consideradas, en todo caso, enfermedades de trabajo las consignadas en la tabla del artículo 513. En consecuencia, no se requiere, en estos casos, que se demuestre la relación causa-efecto, entre la enfermedad sufrida y el trabajo desarrollado.

- Tesis I.13o.T.75 L (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, t. III, febrero de 2014, p. 2389.

**ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. SE ACREDITA SI SE DEMUESTRA QUE EL TRABAJADOR DESARROLLÓ SUS ACTIVIDADES POR UN PERIODO PROLONGADO EN UN MEDIO AMBIENTE CON PRESENCIA DE POLVOS O PARTÍCULAS, AUN CUANDO EL DICTAMEN EN MATERIA AMBIENTAL DETERMINE QUE LOS NIVELES DE ÉSTAS SE ENCONTRABAN DENTRO DE LOS LÍMITES MÁXIMOS PERMITIDOS POR LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS.**

Si de los dictámenes periciales en materia ambiental que obran en el juicio laboral se advierte que los niveles de polvo en forma general a que estuvo expuesto el trabajador se encuentran dentro de los límites máximos permitidos por las normas oficiales mexicanas, dicha circunstancia no es obstáculo para establecer el nexo causal entre el padecimiento respiratorio diagnosticado por el perito médico y el medio ambiente laboral en que se desarrolló aquél, toda vez que las normas oficiales mexicanas son reglas generales administrativas de orden público e interés social, que establecen la normativa obligatoria sobre aspectos técnicos y operativos para materias específicas, cuya observancia deben cumplir los destinatarios, como las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde exista la presencia de polvos que, por sus características, niveles y tiempo de acción, sean capaces de alterar la salud de los trabajadores, entendidos éstos como las partículas sólidas suspendidas en el aire, resultado del proceso de disgregación de la materia cuyo tamaño sea menor a 10 mg/m<sup>3</sup>, en combinación con el tiempo de exposición de los trabajadores, y que pueden ser nocivos para la salud del trabajador, puesto que, aun cuando sean inhalados en una pequeña proporción que no rebase dicho límite, debe entenderse que en combinación con un tiempo de exposición prolongado a varios años,

Clave 3A21-022-004



es susceptible de ocasionar daños permanentes que, de ser valuados por el experto en medicina, logran crear convicción de que la enfermedad respiratoria tuvo su origen en el medio ambiente laboral.

- Tesis I.13o.T.76 L (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, t. III, febrero de 2014, p. 2390.

**ENFERMEDAD PROFESIONAL (HIPOACUSIA). SU EXISTENCIA SE ACREDITA CUANDO SE DEMUESTRA QUE EL TRABAJADOR DESARROLLÓ SUS ACTIVIDADES DURANTE UN PERIODO PROLONGADO EN UN MEDIO AMBIENTE RUIDOSO, AUN CUANDO EL DICTAMEN PERICIAL EN MATERIA AMBIENTAL DETERMINE QUE ÉSTE SE ENCONTRABA POR DEBAJO DEL LÍMITE MÁXIMO PERMITIDO POR LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS.**

Si de los dictámenes periciales en materia ambiental que obran en el juicio laboral se advierte que los niveles de ruido a que estuvo expuesto un trabajador se encuentran dentro de los límites máximos permitidos por las normas oficiales mexicanas, dicha circunstancia no es obstáculo para establecer el nexo causal entre el padecimiento auditivo diagnosticado y el medio ambiente laboral en que se desarrolló aquél, toda vez que las normas oficiales mexicanas son reglas generales administrativas de orden público e interés social, que establecen la normatividad obligatoria sobre aspectos técnicos y operativos para materias específicas, cuya observancia deben cumplir los destinatarios, como las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se genere ruido que, por sus características, niveles y tiempo de acción, sea capaz de alterar la salud de los trabajadores, entendiendo por ruido los sonidos cuyos niveles de presión acústica, en combinación con el tiempo de exposición de los trabajadores, pueden ser nocivos a su salud, especialmente provocada cuando su nivel sonoro "A" (NSA) (nivel de presión acústica instantánea medido con la red de ponderación "A" de un sonómetro normalizado) sea igual o superior a 80 db(A), incluyendo sus características y componentes de frecuencia, destacándose que los límites máximos permisibles de exposición de los trabajadores a ruido estable, inestable o impulsivo durante el ejercicio de sus labores, en una jornada laboral de 8 horas es de 90 db(A); lo anterior, no debe entenderse en el sentido de que para causar un daño permanente en la salud, se requiere que el ruido sobrepase dicho límite, puesto que no sólo los sonidos cuyos niveles de presión acústica sean altamente nocivos pueden dañar a los trabajadores, sino que un nivel medianamente aceptable, de acuerdo a los parámetros precisados, en combinación con un tiempo de exposición prolongado a varios años, es susceptible de ocasionar daños permanentes que, de ser valuados por el experto en medicina, logran crear convicción de que la enfermedad auditiva tuvo su origen en el medio ambiente laboral.

Clave 3A21-022-004



**ANEXO 12**

**Medidas preventivas médicas para evitar la exposición a factores de riesgo  
causantes de enfermedades de trabajo**

**3A21-009-009**



**MEDIDAS PREVENTIVAS MEDICAS PARA EVITAR LA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO CAUSANTES DE ENFERMEDADES DE TRABAJO**

**1. DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre del patrón o razón social de la empresa: (1)

Registro Patronal: (2)      Teléfono (10 dígitos): (3)

Dirección:  
Calle y número: (4)

Colonia o fraccionamiento: (5)      Alcaldía o Municipio, Ciudad o Estado: (6)

**2. DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre del asegurado(a): (7)

Número de Seguridad Social (11 dígitos): (8)

Edad (años cumplidos): (9)      Sexo: M       F  (10)

FACTOR(ES) DE RIESGO ENCONTRADO(S)	MEDIDA(S) PREVENTIVA(S) MÉDICAS PROPUESTA(S)
(11)	(12)

Nombre del Médico del Servicio de Salud en el Trabajo

\_\_\_\_\_ (13)

Matrícula

\_\_\_\_\_ (14)

Cédula Profesional

\_\_\_\_\_ (15)

Firma

\_\_\_\_\_ (16)





## **ANEXO 12**

### **Medidas preventivas médicas para evitar la exposición a factores de riesgo causantes de enfermedades de trabajo INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
------------	-------------	---------------

#### **DATOS DE LA EMPRESA**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Nombre del patrón o razón social de la empresa | El nombre completo del patrón o razón social de la empresa o centro laboral del IMSS. |
| 2 | Registro patronal                              | El número de registro patronal ante el IMSS.  |
| 3 | Teléfono (10 dígitos)                          | Teléfono(s) de la empresa (10 dígitos).   |
| 4 | Dirección: calle y número                      | Calle y número de la empresa o del centro laboral del IMSS.                           |
| 5 | Colonia o fraccionamiento                      | Colonia o fraccionamiento de la empresa o del centro laboral del IMSS.                |
| 6 | Alcaldía o Municipio, Ciudad o Estado          | Alcaldía o Municipio, Ciudad o Estado de la empresa o centro laboral del IMSS.        |

#### **DATOS DEL TRABAJADOR**

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 7  | Nombre del asegurado(a)                      | El nombre completo del asegurado(a).  |
| 8  | Número de seguridad social (11 dígitos)      | El número de seguridad social del asegurado a 11 dígitos.   |
| 9  | Edad (años cumplidos)                        | El número de años cumplidos por el asegurado.   |
| 10 | Sexo   | Con una X en M para masculino y en F para femenino.   |
| 11 | Factor(es) de riesgo encontrado(s)           | Factor(es) de riesgo encontrado(s) en el reconocimiento y/o evaluación del medio ambiente laboral.  |
| 12 | Medida(s) preventiva(s) médicas propuesta(s) | Las medidas médicas, tendientes a prevenir daños a la salud, intervenir en la evolución de la enfermedad y/o atenuar sus consecuencias acordes a los factores de riesgo detectados y al diagnóstico calificado. |

**Clave: 3A21-009-009**



**ANEXO 12**

**Medidas preventivas médicas para evitar la exposición a factores de riesgo causantes de enfermedades de trabajo**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13	Nombre del Médico del servicio de Salud en el Trabajo	El nombre del MSST responsable del estudio que acudió a la empresa.
14	Matrícula	El número de matrícula del MSST responsable del estudio.
15	Cédula profesional	La cédula profesional del MSST responsable del estudio.
16	Firma	La firma del MSST responsable del estudio.



**ANEXO 13**

**Criterios para definir el carácter de la Incapacidad Permanente**  
**3A21-018-003**



Para la determinación del carácter del dictamen de Incapacidad Permanente se atenderá a lo siguiente:

- Los dictámenes de Incapacidad permanente parcial o total iniciales, se emitirán con carácter de provisional por un período de adaptación de dos años cuando la(s) secuela(s) sea(n) susceptible(s) de mejoría o agravamiento, independientemente del porcentaje de valuación.
- Sólo podrán elaborarse con carácter definitivo independientemente del porcentaje de valuación: las amputaciones, anquilosis, parálisis, sección medular, pérdida de órganos y otros diagnósticos en los que se pueda sustentar la irreversibilidad de las secuelas (Oficio 5920 de fecha 24 de noviembre del 2006, girado por la Coordinación de Legislación y Consulta de la Dirección Jurídica del IMSS).
- Cuando hay más de 1 secuela y una de ellas es susceptible de mejoría o agravamiento, prevalecerá el carácter provisional, independientemente que la otra secuela no sea modificable (por ejemplo, las amputaciones).
- De acuerdo con el artículo 61 de la LSS vigente, podrán realizarse revaloraciones al asegurado dentro del periodo de adaptación de 2 años. Cuando posterior la valoración médica de Salud en el Trabajo se determine que existe mejoría o agravamiento de la lesión y esta modifique el porcentaje de valuación, se emitirá un nuevo dictamen de Incapacidad Permanente. El carácter del nuevo dictamen se definirá de acuerdo con Criterios descritos en este anexo. Cuando no se modifique el porcentaje de valuación, solo se consignará en la "Nota de Salud en el Trabajo".

Al término de los dos años, se revalorará al asegurado:

- Se emitirá invariablemente el dictamen de revaluación con carácter definitivo, en caso de disminución, incremento o persistir el porcentaje de valuación.
- En caso de haber remitido la secuela se elaborará "Oficio de remisión de secuelas" dirigido al Departamento de Pensiones Subdelegacional, informando que el asegurado ya no presenta secuelas valuables.
- En los dictámenes con carácter definitivo bajo el régimen de la LSS del 30 de junio de 1997, no es procedente realizar la revaloración por parte de Salud en el Trabajo.
- Cuando el Consejo Consultivo Delegacional resuelva que es procedente la solicitud de revaluación, se elaborará nuevo dictamen de acuerdo con las actividades descritas en el presente procedimiento.



- En los dictámenes con carácter definitivo bajo el régimen de la LSS del 12 de marzo de 1973, es procedente realizar la revaloración por parte de Salud en el Trabajo, previa solicitud por escrito del asegurado al Director de la Unidad Médica. Cuando se determine que existe mejoría o agravamiento de la lesión y esta modifique el porcentaje de valuación, se emitirá un nuevo dictamen de Incapacidad Permanente. En el nuevo dictamen que se elabore, deberá especificar en el apartado de “Observaciones” la siguiente leyenda: “Se emite el presente dictamen conforme a lo previsto en el párrafo tercero del artículo 68 de la LSS 1973, dejando sin efecto el dictamen previo con folio \_\_\_\_\_ y fecha de elaboración \_\_\_\_\_”.



**ANEXO 14**

**Criterios para la aplicación de la Tabla “C” del artículo 4 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS/SNTSS  
3A21-018-002**



Para la aplicación de la Tabla “C” del Artículo 4 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) en Trabajadores IMSS con Dictamen de Incapacidad Permanente por Accidente o Enfermedad de Trabajo, se atenderá lo siguiente:

- El carácter del Dictamen de incapacidad permanente parcial o total por accidente o enfermedad de trabajo deberá ser definitivo.
- Será aplicable cuando se trate incapacidad permanente parcial que lo imposibilita para realizar las actividades del puesto específico de trabajo que desempeñaba al momento de sufrir el accidente o enfermedad o para ejercer actividades remuneradas, semejantes a su profesión u oficio, independientemente del porcentaje de valuación de la misma.
- En caso de no existir la posibilidad de readmitir al trabajador en su misma categoría o de reubicarlo en un trabajo adecuado a su nueva condición física, sin perjuicio de su salario.
- Evolución tórpida del padecimiento a pesar de la reubicación laboral, aún con restricción de actividades y alta incidencia de ausentismo por incapacidad temporal para el trabajo, independientemente del porcentaje de valuación.

Tratándose de Incapacidad permanente parcial con carácter definitivo, sin aplicación de la Tabla “C” del RJP, y que posteriormente se comprueba agravamiento e identifica la procedencia de esta, y ante la imposibilidad de reevaluar el caso (Art. 61 de la Ley del Seguro Social de 1997); el Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo elaborará oficio dirigido al Jefe de Departamento de Relaciones Laborales de la Delegación de adscripción laboral del trabajador solicitando la aplicación de la Tabla C, justificando la misma y anexando copia del dictamen definitivo previo.

En dictamen de Incapacidad Permanente Total de los trabajadores IMSS con ingreso previo al 1 de agosto de 2008 se debe marcar la aplicación de la Tabla C.

En dictamen de defunción por riesgo de trabajo se estará a lo enunciado en la fracción I de la cláusula 89 del Contrato Colectivo del Trabajo, por lo que los recuadros “Se sugiere aplicar la tabla C del Art. 4 del RJP” deberán quedar en blanco (no deberán estar marcados).

Para los casos en que el accidente o enfermedad de trabajo produzca incapacidad parcial y permanente, que permita seguir laborando al trabajador, se procede a lo establecido en la Fracción III de la Cláusula 89 del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS/SNTSS.

En trabajadores que ingresaron a laborar a partir del 01 de agosto del 2008 no aplica la Tabla “C” del RJP, por lo que los recuadros “Se sugiere aplicar la tabla C del Art. 4 del RJP” deberán quedar en blanco (no deberán estar marcados).



En casos de duda justificada, se solicitará asesoría a la Coordinación de Salud en el Trabajo de acuerdo con los lineamientos establecidos para tal fin en el oficio-circular 1136 del 25 de septiembre del 2009.

El Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo o el Coordinador Auxiliar de Salud en el Trabajo, será responsable de validar la aplicación de la Tabla "C" del RJP al autorizar el ST-3.