



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

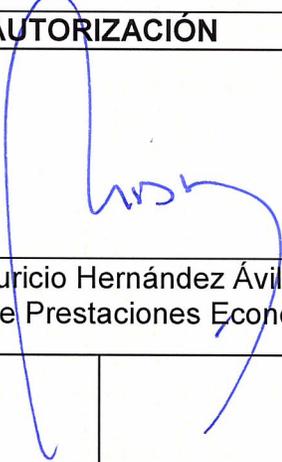
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la Dictaminación de los Accidentes de Trabajo
3A21-003-010

AUTORIZACIÓN

Aprobó

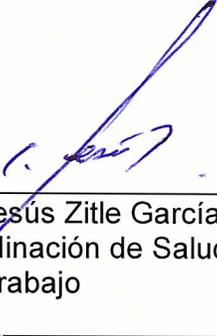


Dr. Mauricio Hernández Ávila
Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

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

		Página
1	Base normativa	4
2	Objetivo	4
3	Ámbito de aplicación	4
4	Definiciones	5
5	Políticas	11
6	Descripción de actividades	23
7	Diagrama de flujo	96
	Anexos	
	Anexo 1 Acuerdo ACDO.AS2.HCT.220217/29.P.DA	177
	Anexo 2 Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2 Clave: 3A21-009-010	180
	Anexo 3 Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados Clave: 3A21-022-005	184
	Anexo 4 Reporte de accidente de trabajo Clave: 3A21-014-006	189
	Anexo 5 Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3 Clave: 3A21-009-011	200
	Anexo 6 Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST- 5 Clave: 3A20-009-018	210
	Anexo 7 Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 Clave: 3A21-009-046	221
	Anexo 8 Dictamen de probable recaída por riesgo de trabajo ST-8 Clave: 3A21-009-012	233
	Anexo 9 Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo Clave: 3A21-009-047	240



ÍNDICE

		Página
Anexo 10	Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo – Formato ST-7 Clave: 3300-009-130	244
Anexo 11	Relación de solicitud y entrega de OCITT Clave: 3A21-009-048	248
Anexo 12	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	252
Anexo 13	Criterios para definir el carácter de la Incapacidad Permanente Clave: 3A21-018-003	255



1 Base normativa

- Artículos 2, 5, 5A, 11 fracción I, 12, 15 fracción I, III, IV, V, VI, VIII, 15A, 41, 42, 44 al 67, 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, 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 16 al 30, Título Segundo, Capítulo I y II; artículos 153 al 156, Título sexto, Capítulo II 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.
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.220217/29.P.DA del 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).
- Numeral 8.1.3 párrafos 1, 2, 3, 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.
- Numerales 7.1.1.2 párrafos 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 35 y 37 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 de 2021.
- Norma que establece las disposiciones para la dictaminación de los accidentes y enfermedades de trabajo, clave 3000-001-024, registrada el 13 de marzo de 2020.

2 Objetivo

Establecer las políticas y actividades para llevar a cabo la calificación, valuación de la(s) secuela(s) o el reconocimiento de la muerte que se haya generado por accidente de trabajo, que permitan homologar la calidad de la dictaminación y mejorar su registro.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria en Nivel Normativo: para la Coordinación de Salud en el Trabajo a través de la División de Riesgos de Trabajo; a



Nivel OOAD: para la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas y Jefatura Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales y en Nivel Operativo: las unidades médicas de los tres niveles de atención.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 accidente de trabajo: Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, la muerte o la desaparición derivada de un acto delincencial, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste. Quedan incluidos los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de este a aquél.

4.2 alta administrativa: “Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2”, clave 3A21-009-010 (Anexo 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 veintiún días naturales, tomando en cuenta la historia natural del padecimiento.

4.3 ARIMAC: Área de Información Médica y Archivo Clínico.

4.4 asegurado: La persona trabajadora o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto, en los términos del artículo 5 A, fracción XI de la Ley del Seguro Social.

4.5 AUO de ST: Auxiliar Universal de Oficinas asignado a los servicios de Salud en el Trabajo.

4.6 base de datos: “Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados”, clave 3A21-022-005 (Anexo 3). Archivo único en formato Excel o similar, elaborado por cada Unidad médica en donde se encuentra el servicio de Salud en el Trabajo, que contiene la información actualizada del seguimiento de los probables riesgos de trabajo desde la recepción inicial del “ST-7” en el servicio de Salud en el Trabajo hasta su calificación, envío a Vigencia o Prestaciones Económicas según corresponda, la entrega al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y “ST-2”.

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

4.8 calificación de accidente de trabajo: Acto médico, técnico y legal que identifica si una lesión tiene o no su origen en ejercicio o con motivo del trabajo.

4.9 CAST: Coordinador Auxiliar de Seguridad en el Trabajo.



4.10 CCST: Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo o Jefe de Servicio de Salud en el Trabajo.

4.11 CDST: Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo.

4.12 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 y enfermedades de trabajo, invalidez y beneficiario incapacitado. Emite opinión médico-técnica que solicite el Consejo Consultivo 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).

4.13 CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

4.14 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.

4.15 COBCIR: Control de Blocks de Certificados de Incapacidad y Recetarios.

4.16 complementación diagnóstica: Agregar a la calificación de un accidente de trabajo, uno o varios elementos para completar el diagnóstico nosológico, o bien, agregar uno o más diagnósticos identificados posterior a la calificación.

4.17 defunción por accidente de trabajo: Muerte del asegurado inmediata o posterior a un accidente ocurrido en ejercicio o con motivo del trabajo.

4.18 dictamen: Opinión y juicio por escrito, emitido por el personal médico del servicio de Salud en el Trabajo acerca de la causalidad de una lesión o enfermedad, que cuenta con los elementos médicos-técnicos-legales-administrativos relevantes que apoyan la calificación, valuación y defunción.



4.19 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.

4.20 empresas con convenio: Patronos que tienen celebrado con el Instituto un instrumento jurídico que les permite 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.

4.21 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.

4.22 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).*

4.23 fundamentar: Expresar por escrito con precisión los preceptos legales aplicables a la dictaminación.

4.24 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.

4.25 IMSS o Instituto: Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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

4.28 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.

4.29 investigación del accidente de trabajo: Actividad mediante la cual se identifican todos los factores que intervinieron en la génesis de los accidentes de trabajo que generaron incapacidades permanentes iguales o mayores al 30% o defunciones, con el



objetivo de analizar la relación entre el mecanismo del accidente, condiciones de trabajo y el accidente de trabajo, a fin de determinar medidas de control, medidas correctivas o medidas preventivas, con el propósito de evitar que vuelvan a ocurrir.

4.30 investigación de probable accidente de trabajo: Actividad mediante la cual se identifican todos los factores que intervinieron en la génesis del probable accidente de trabajo, con el objetivo de definir la relación entre el mecanismo del accidente, condiciones de trabajo y el probable accidente de trabajo, a fin de atender las solicitudes y determinar medidas de control, medidas correctivas o medidas preventivas, con el propósito de evitar que vuelvan a ocurrir.

4.31 Jefe de Servicio: Autoridad inmediata del personal médico donde se realice la atención médica inicial por probable riesgo de trabajo. Por ejemplo, Jefe de Servicio de Urgencias, Jefe de Atención Médica Continua, Jefe de Consulta Externa, Jefe de Servicio de Medicina Familiar o Jefe de Departamento Clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

4.32 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.

4.33 LFT: Ley Federal del Trabajo.

4.34 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.

4.35 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.

4.36 LSS: Ley del Seguro Social.

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

4.38 medidas preventivas médicas: Actividades que el MSST sugiere al asegurado, para evitar o disminuir la probabilidad de que ocurra nuevamente un accidente en el lugar de trabajo.

4.39 motivar: Expresar claramente por escrito los elementos médico-técnico-administrativos tomados en cuenta para la calificación de un probable accidente de trabajo.



4.40 MSST: Médico del servicio de Salud en el Trabajo. Profesional de la medicina adscrito a este servicio, ubicado en Unidad de Medicina Familiar u Hospital General de Zona, 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 a lo establecido en el marco jurídico vigente.

4.41 nota de salud en el trabajo: Documento manual o electrónico elaborado por el Médico del servicio de Salud en el Trabajo en el “Expediente clínico” referente a la atención, evolución médica y conclusión médico-técnico-legal del probable accidente de trabajo, la valuación de secuelas o defunción.

4.42 NSSA: Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas. 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.

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

4.44 OOAD: Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, de conformidad con lo establecido en el artículo 2, fracción IV inciso a) del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

4.46 PRT: Probable Riesgo de Trabajo.

4.47 RAT: “Reporte de Accidente de Trabajo”, clave 3A21-014-006 (Anexo 4). Formato de registro de las circunstancias en que ocurrió un probable accidente de trabajo a un trabajador del IMSS dentro de las instalaciones.

4.48 recaída por accidente de trabajo: Agravamiento o complicación, posterior a la alta médica, de una lesión derivada de un accidente de trabajo en el que se determine que no existe nuevo mecanismo de lesión.

4.49 recalificación: Acto médico, técnico, legal y administrativo que modifica un dictamen de calificación de accidente de trabajo o de recaída, derivado de una resolución emitida por el Consejo Consultivo.



4.50 rectificación: Acto médico, técnico, legal y administrativo que modifica un dictamen de calificación de accidente 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 Médico del servicio de Salud en el Trabajo.

4.51 recurso de inconformidad: Proceso especial de impugnación que los patrones y demás sujetos obligados, así como los 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 Ley del Seguro Social.

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

4.53 RJP: Régimen de Jubilaciones y Pensiones del IMSS.

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

4.55 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, según corresponda, 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.

4.56 riesgos de trabajo terminados: Accidentes o enfermedades de trabajo concluidos por alta médica de un trabajador ya sea por haber sido declarado apto para continuar sus labores, por alta administrativa, por el inicio de una incapacidad permanente o por la muerte del trabajador.

4.57 RPM: Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.58 secuela: Limitación órgano-funcional derivada de un accidente de trabajo posterior a concluir el tratamiento médico.

4.59 seguridad en el trabajo: Disciplina que aplica técnicas y procedimientos que tienen por objeto eliminar, disminuir o controlar el riesgo de que se produzcan accidentes de trabajo.

4.60 servicios de Seguridad en el Trabajo: Coordinadores Auxiliares de Seguridad en el Trabajo, Directores de Centro Regional de Seguridad en el Trabajo Capacitación y Productividad, Jefes de Laboratorio de Salud en el Trabajo, Coordinadores Operativos de Capacitación y Difusión, Coordinadores Zonales de Seguridad en el Trabajo, Analistas de los Laboratorios de Salud en el Trabajo y Especialistas en Seguridad en el Trabajo.



4.61 SINCO: Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones.

4.62 SINDO: Sistema Integral de Derechos y Obligaciones.

4.63 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.

4.64 SPPSTIMSS: Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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

4.67 ST-3: “Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3”, clave 3A21-009-011 (Anexo 5).

4.68 ST-5: “Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5”, clave 3A20-009-018 (Anexo 6).

4.69 ST-7: “Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7”, clave 3A21-009-046 (Anexo 7).

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

4.71 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.

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

4.73 valuación: Acción de asignar 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 Ley Federal del Trabajo.

5 Políticas

5.1 Generales

5.1.1 La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto el “Procedimiento para la Dictaminación y Prevención de los Accidentes de Trabajo”, clave 2320-003-009 con fecha de registro el 6 de octubre del 2014.



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 Corresponderá a la Coordinación de Salud en el Trabajo, por medio del Área de Accidentes de Trabajo de la División de Riesgos de Trabajo la interpretación del presente procedimiento y de los casos no previstos en el mismo.

5.1.5 La Coordinación de Salud en el Trabajo, a través del Área de Accidentes de Trabajo de la División de Riesgos de Trabajo, actualizará, difundirá y evaluará el cumplimiento del presente procedimiento.

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

- 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 del Trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de abril de 1970, sus reformas y adiciones.
- 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, sus reformas y adiciones.
- 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.
- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Contrato Colectivo de Trabajo IMSS/SNTSS, vigente.



- 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.
- 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, de fecha 25 de septiembre de 2019.
- Procedimiento para la entrega de datos personales contenidos en el expediente clínico, clave 2610-003-002, de fecha 30 de abril de 2021.

5.2 Específicas

5.2.1 El Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo en el OOAD

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 atención y calificación de los probables accidentes de trabajo, valuación y reconocimiento de la defunción producida por accidentes de trabajo, así como la prevención médica en su ámbito de competencia.

5.2.1.3 Gestionará la obtención de acceso al NSSA de todos los MSST, así como el acceso al Sistema de Consulta de Vigencia para el AUO de ST y el MSST adscritos en el OOAD.

5.2.1.4 Implementará estrategias eficaces y eficientes para mejorar el proceso en la dictaminación de los accidentes de trabajo a nivel del OOAD.

5.2.1.5 Supervisará a los servicios de Salud en el Trabajo de acuerdo con la prioridad que establezca, con periodicidad trimestral, a efecto de implementar estrategias para mejorar los indicadores de productividad, la oportunidad en la dictaminación y calidad de los dictámenes por accidentes de trabajo.

5.2.1.6 Verificará que el Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo o Jefe de Servicio de Salud en el Trabajo realice la evaluación semestral de la calidad de la calificación de los accidentes de trabajo.

5.2.1.7 Designará trimestralmente al personal de confianza de Salud en el Trabajo que realizará la evaluación de la calidad del "ST-3" en una muestra aleatoria de al menos 10% de los dictámenes autorizados por accidentes de trabajo en el OOAD, si el resultado de la muestra es menor a 15 deberá evaluar 15 dictámenes y supervisará que el personal de Salud en el Trabajo sea capacitado con base en las áreas de oportunidad encontradas.



5.2.1.8 Verificará que el proceso de elaboración, aprobación y autorización del “ST-3”, derivado de accidentes 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.

5.2.1.9 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.

5.2.1.10 Solicitará al personal de los servicios de Seguridad en el Trabajo la investigación del accidente de trabajo de aquellos casos que hayan generado incapacidades permanentes iguales o mayores al 30% o defunciones.

5.2.1.11 Supervisará semestralmente que los Médicos de los servicios de Salud en el Trabajo y el Jefe de la CEST cumplan con el programa anual de capacitación.

5.2.1.12 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 a la estructura del OOAD, no cuente con ese personal; excepto en las actividades de aprobación/rechazo de la dictaminación de la incapacidad permanente o defunción. En caso de no contar con personal de confianza en Salud en el Trabajo, las políticas del CCST y/o Jefe de la CEST deberán ser desarrolladas por el Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo.

5.2.1.13 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 los accidentes de trabajo, vigilará la veracidad de la información y que cumpla con los calendarios establecidos.

5.2.2 Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo, Jefe del Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia y Jefe del Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas

5.2.2.1 Establecerán reuniones bimestrales para analizar los resultados de la casuística por riesgo de trabajo y dar seguimiento a aquellos que continúan como PRT, detectarán inconsistencias y acordar las medidas correctivas necesarias, realizarán las minutas correspondientes.

5.2.3 El Coordinador Auxiliar de Salud en el Trabajo

5.2.3.1 Apoyará en las actividades que le encomiende el Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo en relación con los procesos de Salud en el Trabajo y lo sustituirá en sus responsabilidades durante el ausentismo programado y no programado.

5.2.4 El Jefe de la CEST

5.2.4.1 Apoyará al Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo en la difusión, asesoría y supervisión del cumplimiento del presente procedimiento.



5.2.4.2 Desarrollará un programa de capacitación para los médicos tratantes, apoyándose con los CCST en materia de atención de los probables accidentes de trabajo, tomará en consideración los resultados de las supervisiones, con la finalidad de que el “ST-7” se llene correctamente, se solicite la firma del asegurado y se envíe al servicio de Salud en el Trabajo oportunamente.

5.2.4.3 Llevará a cabo la validación (aprobación/rechazo/cancelación) del “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. Cuando no se cuente con Jefe de la CEST, de acuerdo a la estructura del OOAD, esta política no se llevará a cabo.

5.2.4.4 Elaborará el “ST-3” de trabajadores bancarios con convenio y los indicados por la persona Titular de la Coordinación Delegacional de Salud en el Trabajo.

5.2.4.5 Propiciará el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud en el Trabajo que se brinda a los asegurados que han sufrido un probable accidente de trabajo, les genere o no secuelas valiables, o en los casos de defunción por accidente de trabajo a sus familiares o representante, así como la atención que se brinda a aquellos asegurados que presentan recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo.

5.2.4.6 Asesorará a los Médicos de los servicios de Salud en el Trabajo y Coordinadores Clínicos de Salud en el Trabajo, en aquellos casos con dificultad para establecer el manejo médico, técnico y legal del proceso de dictaminación por accidente de trabajo someterá el resultado de la asesoría a consideración del Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo.

5.2.4.7 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.

5.2.4.8 Apoyará en la evaluación de la calidad del “ST-3”, con base en los resultados detectará las áreas de oportunidad y capacitará al personal Médico del servicio de Salud en el Trabajo.

5.2.4.9 Apoyará personalmente o a través del personal a su cargo de manera semestral, al Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo, para supervisar que se cumpla con el programa de sesiones generales y departamentales, que los MSST y las Coordinaciones Clínicas deberán llevar a cabo.

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



5.2.4.11 Emitirá opinión médico-técnico-legal que solicite el Consejo Consultivo en caso de inconformidad del asegurado o patrón por dictaminación de accidentes de trabajo.

5.2.5 El Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo o Jefe de Servicio de Salud en el Trabajo

5.2.5.1 Asesorará al personal médico, asistentes médicas y administrativo de su área de competencia o zona médica de responsabilidad, para que se dé cumplimiento a las actividades establecidas en el presente procedimiento.

5.2.5.2 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 en caso necesario realizará valoración presencial del asegurado.

5.2.5.3 Supervisará trimestralmente los servicios de Salud en el Trabajo de su área de influencia en materia de accidentes de trabajo, establecerá las estrategias de mejora necesarias e informará de estas actividades al Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo.

5.2.5.4 Capacitará en su ámbito de competencia, a los médicos tratantes en materia de atención de los probables accidentes de trabajo y a los médicos de Salud en el Trabajo en materia de calificación, valuación, defunción y registro de los accidentes de trabajo.

5.2.5.5 Apoyará en la evaluación de la calidad del "ST-3", con base en los resultados detectará las áreas de oportunidad y capacitará al personal médico del servicio de Salud en el Trabajo.

5.2.5.6 Evaluará semestralmente la calidad de la calificación de los accidentes de trabajo, a través de la revisión de una muestra aleatoria de al menos cinco "ST-7" calificadas por cada Médico del servicio de Salud en el Trabajo en su ámbito de competencia. Con base en los resultados capacitará al personal médico del servicio de Salud en el Trabajo.

5.2.5.7 Implementará estrategias para mejorar la oportunidad en la dictaminación, la calidad en la calificación de los accidentes de trabajo y la calidad del "ST-3" por accidente de trabajo, en su ámbito de competencia.

5.2.5.8 Reasignará entre el personal médico de Salud en el Trabajo los casos que se encuentran pendientes de calificar o de elaboración del "ST-3", ante el ausentismo programado y no programado.

5.2.5.9. Asesorará y supervisará al personal 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.

5.2.6 El Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo, Jefe de la CEST y Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo o Jefe de Servicio de Salud en el Trabajo



5.2.6.1 Fomentarán en su ámbito de competencia, la coordinación con los servicios de Áreas Médicas en los tres niveles de atención, IMSS Bienestar, Afiliación y Vigencia de Derechos, Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo, para la atención adecuada de los probables accidentes de trabajo y la dictaminación de los accidentes de trabajo, así como su registro veraz y oportuno dentro de los sistemas institucionales.

5.2.6.2 Difundirán en su ámbito de competencia, la información estadística y médica de los probables accidentes de trabajo, los accidentes de trabajo y sus consecuencias, de acuerdo con el Diagnóstico de Salud.

5.2.6.3 Supervisarán, en su ámbito de competencia, que todo caso calificado y dictaminado como accidente de trabajo, se ingrese al Sistema Electrónico o Sistema manual, para conformar la casuística de riesgos de trabajo, propiciando transparencia y calidad en la información.

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

5.2.6.5 Vigilarán, en su ámbito de competencia, que el MSST otorgue la capacitación 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.

5.2.7 El Director de Unidad Médica

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

5.2.7.2 Proporcionará a los patrones o sus representantes legales que soliciten copias simples de los dictámenes “ST-7”, “ST-2”, “ST-8” y “ST-3” autorizados, para casos específicos, siempre que lo hagan por escrito al Director de la Unidad Médica con servicio de Salud en el Trabajo, en donde se encuentra adscrito el trabajador, referirá en la solicitud el número de seguridad social y nombre del trabajador.

5.2.7.3 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-7”, “ST-8”, “ST-2” y “ST-3” autorizados.

5.2.7.4 Fomentará la coordinación con los servicios de Áreas Médicas de los tres niveles de atención, Afiliación y Vigencia de Derechos, Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo, para la atención de los probables accidentes de trabajo y el adecuado desarrollo del proceso de dictaminación de los accidentes de trabajo.

5.2.7.5 Implementará las estrategias necesarias para dar cumplimiento a los compromisos derivados de las supervisiones realizadas al proceso de atención de los PRT.



5.2.7.6 Vigilará que el Administrador de la Unidad médica designe al personal responsable de desarrollar las actividades del área de COBCIR.

5.2.7.7 Solicitará al personal de COBCIR que le informe mediante una relación cuando reciba el "OCITT" inicial por PRT sin "ST-7" o "ST-7" sin la firma del Médico tratante y/o del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, con la finalidad de que se elabore el "ST-7" o se recaben las firmas faltantes. Implementará y documentará estrategias para evitar que se presenten nuevamente estas inconsistencias.

5.2.7.8 Verificará que un tanto del "ST-7" se encuentre guardado como antecedente en la Unidad Médica.

5.2.7.9 Verificará que el Jefe de Servicio gestione con el personal médico responsable la elaboración de los "ST-7" solicitados por el servicio de Salud en el Trabajo que no fueron recibidos en ese servicio y el "OCITT" inicial fue registrado en el NSSA como PRT.

5.2.8 Jefe de Servicio en la Unidad Médica

5.2.8.1 Supervisará que los campos del anverso de todos los "ST-7" generados estén correctamente llenados y contengan la firma del Médico tratante y del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado.

5.2.8.2 Cuando no exista personal en COBCIR recibirá del Médico tratante el "OCITT" inicial marcado como PRT acompañado de dos tantos del "ST-7" y los "ST-7" sin "OCITT" acompañados del "ST-2" y verificará que el "ST-7" cuente con la firma del Médico tratante y del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado en los dos tantos del "ST-7". Realizará enlace con el Jefe de Servicio del siguiente turno, entregando la documentación hasta que sea posible su recepción por el personal de COBCIR.

5.2.8.3 Verificará que los formatos "ST-7" registrados en "Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo", clave 3A21-009-047 (Anexo 9) se encuentren también registrados en la "Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7", clave 3300-009-130 (Anexo 10).

5.2.9 Médico tratante

5.2.9.1. Solicitará la firma de recibido al asegurado en el anverso del "ST-7" al concluir la primera atención médica por un probable accidente de trabajo, en caso de que el asegurado se encuentre imposibilitado para firmar solicitará la firma del beneficiario o familiar o representante del asegurado.

5.2.9.2. Entregará al final de la jornada al COBCIR o persona responsable, el "OCITT" inicial marcado como PRT acompañado invariablemente por dos tantos del "ST-7", o bien, dos tantos del formato "ST-7" sin "OCITT" acompañado del "ST-2".



5.2.9.3. Enviará al asegurado al servicio de Salud en el Trabajo al establecer un diagnóstico de secuela o cuando sospeche la presencia de posibles secuelas al concluir el tratamiento médico o antes de las cincuenta y dos semanas de expedición de "CITT" por un accidente calificado como *Sí de trabajo*, o al beneficiario o familiar o representante del asegurado fallecido para la emisión del dictamen correspondiente.

5.2.10 El Médico del servicio de Salud en el Trabajo

5.2.10.1 Implementará en conjunto con el Director de la Unidad Médica y Jefes de Servicio las estrategias para el correcto llenado del "ST-7", se solicite la firma del asegurado y se envíe al servicio de Salud en el Trabajo oportunamente.

5.2.10.2 Promoverá y participará en la capacitación a médicos tratantes en materia de atención de los probables accidentes de trabajo e incapacidad permanente, en su ámbito de competencia.

5.2.10.3 Realizará la dictaminación de los "ST-7", "ST-8" y "ST-3", así como la elaboración de los "ST-2".

5.2.10.4 Dará seguimiento a los casos que se encuentran registrados como PRT en el NSSA hasta la depuración por el personal de los servicios de Prestaciones Económicas.

5.2.10.5 Verificará que el AUO de ST integre y actualice las carpetas de seguimiento de los PRT y la "Base de datos".

5.2.10.6 Verificará que el "ST-7" que no cuente con los datos complementarios del patrón este firmado por el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, antes de autorizar el "OCITT" inicial como *Sí de trabajo*.

5.2.10.7 Verificará que la cita para calificación del probable accidente de trabajo se otorgue dentro del término de tres días hábiles contados a partir de la recepción del "ST-7" entregada por el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado o del patrón.

5.2.10.8 Solicitará asesoría al CCST, al Jefe CEST o al CDST, en los casos en que tenga duda o exista controversia para la dictaminación de los accidentes de trabajo o de la incapacidad permanente o defunción por accidente de trabajo.

5.2.10.9 Solicitará la investigación de probable accidente de trabajo como apoyo para la calificación de los casos, cuando exista duda justificada entre el mecanismo de lesión del accidente y la lesión ocasionada.

5.2.10.10 Emitirá la calificación del "ST-7" preferentemente en presencia del asegurado y lo orientará para acudir al servicio de Medicina Preventiva para que se le realicen las acciones que correspondan.



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

5.2.10.12 Expedirá el “ST-2” al asegurado para la reanudación de sus labores cuando determine que clínicamente y a su criterio no amerite la prescripción de días de incapacidad temporal para el trabajo y lo enviará a los Centros de Seguridad Social cuando lo amerite.

5.2.10.13 Verificará que la cita para valoración de secuelas se hubiera otorgado dentro de los tres días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud en el servicio de Salud en el Trabajo, corroborándolo en la “Agenda de citas”. Verificará que esta fecha esté registrada en el “ST-3”.

5.2.10.14 Elaborará el “ST-3” dentro del término de tres días hábiles siguientes a la fecha de cita para dictaminación con “Expediente clínico” completo.

5.2.10.15 Llenará el “ST-5” únicamente para los dictámenes elaborados en formato manual de acuerdo a los “Criterios del uso del MEST”.

NOTA: Los “Criterios para el uso del MEST” los genera la Coordinación de Salud en el Trabajo.

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

5.2.10.17 Registrará con veracidad la información requerida en los “ST-2”, “ST-3”, “ST-5” y “ST-8”. En los “ST-3”, “ST-7” y “ST-8” referirá adecuadamente los elementos médicos-técnicos-administrativos, así como su fundamento.

5.2.10.18 Atenderá y dará seguimiento a todos los casos pendientes de dictaminación en su ámbito de responsabilidad, en caso de cobertura de plaza del Médico del servicio de Salud en el Trabajo que sustituye.

5.2.10.19 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 y verificará que se lleven acabo.

5.2.10.20 Registrará con veracidad la información que capture en el Sistema Electrónico, así como en los reportes e informes que emita.

5.2.11 El AUO de ST

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



5.2.11.2 Colocará el sello de recibido en el anverso de los “ST-7” con la fecha en que el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado o del patrón se haya presentado a solicitar la calificación del caso.

5.2.11.3 Asignará la cita médica en la “Agenda de citas” al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado o del patrón que entreguen el “ST-7” para calificación de un PRT o cuando soliciten valoración de secuelas por accidente de trabajo o defunción, dentro del término de tres días hábiles siguientes a la solicitud.

5.2.11.4 Llevará el seguimiento del “ST-7” desde su recepción en el servicio de Salud en el Trabajo, calificación, envío a Control de Prestaciones, entrega al asegurado y “ST-2”; integrará y actualizará las carpetas de seguimiento de los PRT y la “Base de datos”.

5.2.11.5 Recibirá diariamente del servicio de Prestaciones Económicas los “ST-7”, incluyendo los que no ameritaron prescripción de días de incapacidad, manteniéndolos en la carpeta *PRT pendientes de cita para calificación*, la cual depurará diariamente.

5.2.11.6 Enviará diariamente al responsable del proceso de certificación del derecho al pago de subsidios en los Seguros de Riesgos de Trabajo que corresponda, los “ST-7” aceptados junto con el “OCITT” autorizado como *Sí Riesgo de Trabajo*; así como al servicio de Prestaciones Económicas los “OCITT” iniciales marcados como *No Riesgo de Trabajo*, conservando en el archivo el acuse de recibo para su control.

5.2.12 Servicio de Prestaciones Económicas

5.2.12.1 Recibirá de la persona responsable de COBCIR la "Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7", clave 3300-009-130 (Anexo 10) así como un tanto del “ST-7” con el “OCITT” inicial por PRT o un tanto del “ST-7” o el “OCITT” inicial por PRT sin “ST-7”.

5.2.12.2 Enviará a los servicios de Salud en el Trabajo, a más tardar al día hábil siguiente de su recepción la "Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7", clave 3300-009-130 (Anexo 10) junto con los “ST-7”.

5.2.12.3 Recibirá y llenará el recuadro correspondiente en la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) de los asegurados citados para calificación.

5.2.12.4 Realizará la búsqueda de “OCITT” y enviará a Salud en el Trabajo la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, en un plazo no mayor a 24 horas si ambos servicios se encuentran en la misma UMF o 48 horas cuando se encuentren en distintas Unidades. La “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) deberá contener todos los “OCITT” solicitados, en caso de no entregar alguno deberá aclarar el motivo en la misma.



5.2.12.5 Recibirá “Relación de devolución de OCITT negados o no calificados” o en su caso el “ST-7” que ya fue calificado o en su caso “Memorándum interno” u “Oficio de aviso de dictaminación” para realizar las actividades correspondientes para el otorgamiento de las prestaciones en dinero conforme a la normatividad vigente aplicable.

5.2.12.6 Realizará las actividades correspondientes descritas en el “Procedimiento para la recepción, trámite de los certificados de incapacidad y emisión de pago de subsidios”, clave 3300-003-001.



Responsable	Descripción de actividades
<p data-bbox="154 275 418 344">6 Descripción de actividades</p> <p data-bbox="154 537 397 569">Asistente médica</p>	<p data-bbox="678 275 1419 380" style="text-align: center;">Etapa I Atención y calificación de probable accidente de trabajo</p> <p data-bbox="678 426 1419 495" style="text-align: center;">Fase 1 Atención inicial de probable accidente de trabajo</p> <ol data-bbox="626 537 1445 982" style="list-style-type: none"><li data-bbox="626 537 1445 877">1. Recibe al asegurado que manifiesta haber sufrido un probable accidente de trabajo, beneficiario, familiar o representante del asegurado, le solicita la información que se requiera y los siguientes documentos para cotejo:<ul data-bbox="721 764 1268 877" style="list-style-type: none"><li data-bbox="721 764 1143 833">• “Cartilla nacional de salud” o<li data-bbox="721 837 1268 877">• “Identificación oficial” con fotografía<li data-bbox="626 915 1445 982">2. Verifica en el Sistema de Consulta de Vigencia que el asegurado esté como vigente. <p data-bbox="930 1026 1166 1058" style="text-align: center;">No está vigente</p> <ol data-bbox="626 1104 1445 1247" style="list-style-type: none"><li data-bbox="626 1104 1445 1247">3. Orienta al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado para acudir al servicio de Vigencia de la UMF que le corresponda para que pueda aclarar su situación. <p data-bbox="721 1289 1365 1320">Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p data-bbox="935 1365 1161 1396" style="text-align: center;">Sí está vigente</p> <ol data-bbox="626 1442 1445 1656" style="list-style-type: none"><li data-bbox="626 1442 1445 1656">4. Registra el “ST-7” en el “Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo”, clave 3A21-009-047 (Anexo 9) de la fecha correspondiente y asigna el número de folio consecutivo que le corresponda. <p data-bbox="721 1701 1445 1787">NOTA 1: El número de folio es exclusivo para control interno de la Unidad Médica del IMSS, este es consecutivo y se reinicia anualmente.</p> <p data-bbox="721 1831 1445 1887">NOTA 2: La asignación de folio en los “ST-7” registrados en el Sistema Electrónico es automático.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Asistente médica	<p>5. Llena el anverso del “ST-7”, en los siguientes campos:</p> <p>Nombre del patrón o razón social de la empresa, domicilio del patrón, calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o municipio, ciudad y estado, código postal, teléfono fijo, registro patronal (datos obtenidos del Sistema de Consulta de Vigencia).</p> <p>Número de seguridad social, apellido paterno, materno y nombre(s), identificación oficial, CURP, edad, sexo, estado civil, domicilio: calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o municipio, ciudad y estado, código postal, teléfono fijo, teléfono celular, correo electrónico, UMF de adscripción, OOAD, día de descanso previo al accidente, horario de trabajo el día del accidente, fecha y hora del probable accidente de trabajo y fecha y hora de recepción en el servicio médico.</p> <p>NOTA: En caso de no contar con medios electrónicos, elabora el “ST-7” en cuatro tantos de forma manual y entrega al Médico tratante.</p>
Médico tratante	<p>6. Asigna Médico tratante e indica al asegurado que espere a ser llamado para recibir la atención médica.</p> <p>7. Imprime diariamente al final de la jornada el “Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo”, clave 3A21-009-047 (Anexo 9) y lo resguarda en forma cronológica y permanente en la Jefatura de asistentes médicas.</p> <p>8. Recibe el “ST-7”.</p> <p>NOTA: En caso de no contar con medios electrónicos, recibe el “ST-7” en cuatro tantos.</p> <p>9. Recibe al asegurado y le proporciona la atención médica inicial por PRT de acuerdo los siguientes documentos según el nivel de atención:</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico tratante	<ul style="list-style-type: none">• “Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar”, clave 2640-003-002.• “Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045.• “Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel”, clave 2430-003-040. <p>10. Determina si el asegurado amerita días incapacidad.</p> <p style="text-align: center;">No amerita días de incapacidad</p> <p>11. Otorga el alta al asegurado que clínicamente y a su criterio no amerite prescripción de días de incapacidad temporal para el trabajo, elabora el “ST-2” en cuatro tantos y registra su nombre y matrícula.</p> <p>12. Impone su firma autógrafa en los cuatro tantos del “ST-2” y recaba firma autógrafa del asegurado en los cuatro tantos.</p> <p>13. Entrega al asegurado dos tantos del “ST-2”, uno para él y otro para entregarlo al patrón. Conserva en forma temporal dos tantos para entregarlos al final de la jornada al personal de COBCIR, o al Jefe de Servicio cuando no haya personal de COBCIR, junto con los dos tantos del “ST-7”.</p> <p>Continúa en la actividad 16.</p> <p style="text-align: center;">Sí amerita días de incapacidad</p> <p>14. Expide el “CITT” inicial en original y dos copias, anota el número de días probables para su recuperación, el número de días amparados y marca el recuadro de <i>Probable riesgo de trabajo</i>.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico tratante	<p>15. Entrega al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, dos copias del “CITT” inicial, una para el asegurado y otro para el patrón. Conserva temporalmente el “OCITT” inicial para entregarlo al final de la jornada al personal de COBCIR, o al Jefe de Servicio cuando no haya personal de COBCIR, junto con los dos tantos del “ST-7”.</p> <p>16. Llena el anverso del “ST-7”, en los siguientes campos:</p> <p>Señalar claramente cómo y dónde ocurrió el accidente, exploración física, resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete, diagnóstico CIE, tratamiento(s), signos y síntomas, ¿hubo riña?, atención medica previa extrainstitucional, incapacidad inicial, se envía paciente al servicio de, nombre completo y firma del Médico tratante, matrícula, Unidad Médica, OOAD.</p> <p>Imprime el “ST-7” en cuatro tantos y plasma su firma autógrafa en cada uno.</p> <p>NOTA 1: En los casos de trabajadores eventuales del campo o jornaleros agrícolas la atención médica inicial puede ser proporcionada también por el Médico de IMSS-Bienestar quien llena el “ST-7” en los campos antes referidos.</p> <p>NOTA 2: Los trabajadores IMSS pueden ser atendidos inicialmente por el Jefe del SPPSTIMSS que le corresponda, quien debe llenar los campos correspondientes a la asistente médica y al Médico tratante del “ST-7”.</p> <p>17. Concluye el llenado del “ST-7”, aun cuando el asegurado amerite hospitalización y solicita al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado firma autógrafa de recibido en los cuatro tantos y teléfono de contacto.</p> <p>18. Entrega al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado dos tantos del “ST-7” y conserva de manera temporal dos tantos para entregarlos al final de la jornada al personal de COBCIR, o al Jefe de Servicio cuando no haya personal de COBCIR, junto con el “OCITT” inicial por PRT o los dos tantos del “ST-2”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico tratante	<p>19. Orienta al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado para que conserve un tanto del "ST-7", acuda a la empresa donde labora el asegurado, solicite al patrón que llene en el otro tanto, el apartado denominado <i>Datos complementarios para la calificación de probable accidente de trabajo</i> con la finalidad de continuar con el trámite para la calificación de probable accidente de trabajo y le comunique al patrón que este debe ser entregado al servicio de Salud en el Trabajo correspondiente, dentro de un plazo máximo de 72 horas posteriores a la fecha en que ocurrió el PRT.</p> <p>20. Orienta al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado se presente en el servicio de Salud en el Trabajo que le corresponda en un plazo máximo de 72 horas posteriores a la fecha en que ocurrió el probable accidente de trabajo con el tanto del "ST-7" que le fue entregado (independientemente de que el patrón haya llenado o no el "ST-7"), para que se califique el PRT.</p> <p>21. Entrega al final de su jornada al personal de COBCIR, o al Jefe de Servicio cuando no haya personal de COBCIR, la documentación generada por la atención otorgada al asegurado por probable accidente de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dos tantos del "ST-7" junto con el "OCITT" inicial marcado como PRT o• Dos tantos del "ST-7" junto con dos tantos del "ST-2".
Personal de COBCIR o al Jefe de Servicio	<p>22. Recibe del Médico tratante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dos tantos del "ST-7" junto con el "OCITT" inicial marcado como PRT o• Dos tantos del "ST-7" junto con dos tantos del "ST-2".



Responsable	Descripción de actividades
Personal de COBCIR o al Jefe de Servicio	<p>23. Verifica que no existan inconsistencias: que el “OCITT” inicial marcado como PRT esté acompañado de dos tantos del “ST-7” firmados por el Médico tratante y el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y que los “ST-7” sin “OCITT” estén acompañados del “ST-2”.</p> <p style="text-align: center;">Sí existen inconsistencias</p> <p>24. Solicita personalmente al Médico tratante aclarar las inconsistencias y/o anexar los documentos faltantes y/o firmar el anverso del “ST-7” y/o recabar la firma del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado.</p> <p>25. Atiende las inconsistencias detectadas por el personal de COBCIR o Jefe de Servicio: anexa documentos faltantes y/o recaba firma del asegurado en el “ST-7” y entrega al personal de COBCIR o Jefe de Servicio.</p> <p>Continúa en la actividad 22.</p> <p style="text-align: center;">No existen inconsistencias</p>
Médico tratante	
Personal de COBCIR	<p>26. Separa un tanto del “ST-7” y lo archiva de forma cronológica y permanente como antecedente en la Unidad Médica en donde se otorgó la atención, junto con un tanto del “ST-2” cuando se hubiera generado.</p> <p>27. Elabora diariamente tres tantos de la “Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7”, clave 3300-009-130 (Anexo 10).</p> <p>NOTA: Cuando el “OCITT” inicial por PRT no esté acompañado del “ST-7” o el “ST-7” no esté acompañado de “OCITT” inicial por PRT o “ST-2”, en el campo de observaciones describe el motivo.</p> <p>28. Entrega personalmente o envía tres tantos de la “Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7”, clave 3300-009-130 (Anexo 10) al servicio de Prestaciones</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal de COBCIR	<p>Económicas de la Unidad que corresponda al asegurado por adscripción, el día hábil siguiente a la recepción de los documentos, solicita el llenado de los apartados correspondientes al acuse de recibo y adjunta, según sea el caso:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un tanto del “ST-7” con el “OCITT” inicial por PRT o• Un tanto del “ST-7” con un tanto del “ST-2” o• Un tanto del “ST-7” sin “OCITT” inicial por PRT <p>29. Solicita sello de recibido y archiva acuse de la “Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7”, clave 3300-009-130 (Anexo 10) en el minutarario de control de forma permanente y cronológica.</p> <p style="text-align: center;">Fase 2</p> <p style="text-align: center;">Calificación de probable accidente de trabajo</p> <p>30. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas dos tantos de la “Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7”, clave 3300-009-130 (Anexo 10) con los “ST-7” y “ST-7” con “ST-2” adjuntos, sella de recibido en los dos y devuelve uno.</p> <p>NOTA: En caso de ser necesario aclara dudas.</p> <p>31. Conserva la “Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo - Formato ST-7”, clave 3300-009-130 (Anexo 10) en el minutarario de control de forma permanente y cronológica, registra en la “Base de datos” los “ST-7” recibidos y captura como mínimo:</p> <p style="padding-left: 40px;">Ubicación en la carpeta <i>PRT pendientes de cita para calificación</i>, nombre del asegurado, número de seguridad social, tipo de documento, fecha del accidente y teléfono de contacto.</p>
AUO de ST	



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>NOTA: Si el caso ya está registrado en la “Base de datos” verifica su ubicación e integra el “ST-7” al “Expediente clínico”.</p> <p>32. Ordena los formatos “ST-7” y “ST-7” con “ST-2” por fecha en qué ocurrió el accidente y los integra temporalmente en la carpeta <i>PRT pendientes de cita para calificación</i>.</p> <p>33. Determina las actividades a realizar de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>Modalidad A. Se presenta el asegurado a solicitar calificación del probable accidente de trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 34.</p> <p>Modalidad B. Manejo de Probables Accidentes de Trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 100.</p> <p>Modalidad C. Calificación de defunción por probable accidente de trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 173.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad A Se presenta el asegurado a solicitar calificación del probable accidente de trabajo</p> <p>34. Recibe del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud”,• “ST-7”, con firma y sello del patrón y• Copia de “Identificación oficial”. <p>NOTA 1: Para los trabajadores del campo o jornaleros agrícolas recibe de la Dirección de la Unidad IMSS-Bienestar, un tanto del “ST-7” llenado por el patrón y en su caso dos tantos del “ST-2” y programa la calificación documental.</p> <p>NOTA 2: En caso de no haber recibido de Prestaciones Económicas de la Unidad el tanto del “ST-7” y el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado acuda con uno de los tantos del “ST-7” que le fue entregado se acepta este documento.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>NOTA 3: Son válidas para el trámite de calificación, los “ST-7” llenados por el patrón, en el reverso de un formato manual o electrónico independiente del tanto que le fue entregado al asegurado.</p> <p>NOTA 4: El “ST-7” llenado por el patrón puede ser entregado directamente por éste o algún representante, al servicio de Salud en el Trabajo. No es necesario solicitar el “Acta constitutiva” de la empresa o algún otro documento para acreditar su identidad.</p> <p>NOTA 5: Se acepta el “ST-7” aún cuando no cuente con los datos complementarios del patrón por negativa de este a llenarlo.</p> <p>35. Verifica en el Sistema de Consulta de Vigencia que el asegurado aparezca como <i>vigente</i> en alguna de las siguientes modalidades: 10, 13, 14, 17, 30, 35 o 42.</p> <p>NOTA: No debe solicitarse sello de vigencia. Cuando posterior a la verificación del Sistema de Consulta de Vigencia exista duda por excepción se pueden solicitar las pantallas de SINDO al servicio de Vigencia.</p> <p style="text-align: center;">No está vigente</p> <p>36. Informa al asegurado que no está vigente o que pertenece a una modalidad diferente, le orienta a acudir al servicio de Vigencia, para aclarar su situación y de ser procedente solicite nuevamente cita en Salud en el Trabajo y archiva el ST-7 en la carpeta de <i>PRT pendientes de cita para calificación</i> de forma temporal y cronológica.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Sí está vigente</p> <p>37. Imprime el “Reporte de vigencia” y valida con el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado el teléfono de contacto del asegurado registrado en el “ST-7”.</p> <p>38. Obtiene cuatro tantos del anverso y reverso del “ST-7”.</p> <p>NOTA: En ningún caso se devuelve el “ST-7” para que se hagan modificaciones o aclaraciones en este o se sustituya.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>39. Extrae invariablemente de la carpeta <i>PRT</i> pendientes de cita para calificación el “ST-7” o “ST-7” con “ST-2”, sin los datos complementarios del patrón.</p> <p>NOTA: En caso de no contar con el “ST-7” en esta carpeta, debe integrarse al “Expediente clínico” una vez que se reciba de Prestaciones Económicas.</p> <p>40. Coloca sello de recibido en el anverso cinco tantos del “ST-7” con la fecha en que el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado o del patrón se presenta a solicitar la calificación del caso.</p> <p>41. Verifica la “Agenda de citas” manual y/o electrónica e identifica si es posible otorgar consulta para calificación ese día.</p> <ul style="list-style-type: none">• No es posible Continúa en la actividad 42.• Sí es posible Continúa en la actividad 51. <p style="text-align: center;">No es posible</p> <p>42. Informa al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado o del patrón que no es posible otorgar consulta ese día y otorga cita para su atención a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes.</p> <p>43. Registra en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica los datos del asegurado que se requieran y en la “Cartilla nacional de salud” la fecha y hora de la cita y la devuelve.</p> <p>44. Indica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, que debe presentarse el día de la cita con original de la “Identificación oficial” con fotografía y los “Documentos relacionados con el probable accidente de trabajo”, por ejemplo:</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<ul style="list-style-type: none"> • “ST-2” si ya cuenta con este, • “Hoja de traslado de ambulancia”, • “Nota de atención médica inicial extrainstitucional”, • “Hoja de siniestro de la aseguradora del automóvil”, • “Averiguaciones previas”, • “RAT” lleno por lo menos hasta el apartado <i>análisis</i>, en caso de trabajadores IMSS (excepto accidentes de trabajo en trayecto). <p>45. Coloca en la carpeta <i>PRT citados para calificación</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro tantos del “ST-7”, llenado por el patrón, • Un tanto del “ST-7”, sin datos complementarios del patrón recibida del servicio de Prestaciones Económicas, • Copia de “Identificación oficial” y • “Reporte de vigencia”. <p>46. Actualiza la “Base de datos” y registra los campos: <i>ubicación en la carpeta PRT citados para calificación, la fecha de la cita y el MSST asignado.</i></p> <p>47. Verifica que se presente el asegurado el día registrado en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica.</p> <p style="text-align: center;">Sí se presenta el asegurado</p> <p>Continúa en la actividad 51.</p> <p style="text-align: center;">No se presenta el asegurado</p>
MSST	<p>48. Informa personalmente al MSST que el asegurado no se presentó.</p> <p>49. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” y registra que el asegurado no se presentó a la cita para calificación del probable accidente de trabajo.</p>
AUO de ST	<p>50. Extrae documentos de la carpeta <i>PRT citados para calificación</i>, anota en <i>observaciones</i> de la “Base de datos” que el trabajador no se presentó a su cita, y</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>los archiva en la carpeta <i>PRT pendientes de cita para calificación</i> y.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sí se presenta nuevamente el asegurado. Continúa en la actividad 41.• No se presenta el asegurado. Continúa en la actividad 100. <p style="text-align: center;">Sí es posible</p> <p>51. Indica al asegurado que espere para que pase a consulta para la calificación y avisa al MSST.</p> <p>52. Solicita personalmente el “Expediente clínico” al ARIMAC de los asegurados citados, elabora y envía al servicio de Prestaciones Económicas que por adscripción corresponda al asegurado, tres tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) de citados, incluyendo los casos que han sido solicitados en días previos y no han sido entregados.</p> <p>NOTA: Cuando no es posible otorgar consulta al asegurado, el “OCITT” inicial y el “Expediente clínico” deben solicitarse a más tardar el día hábil siguiente en que acude a solicitar la cita.</p> <p>53. Recaba en los tres tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11):</p> <p style="padding-left: 40px;">Nombre del personal del servicio de Prestaciones Económicas que recibe, firma, fecha y hora</p> <p>Entrega dos tantos al servicio de Prestaciones Económicas y archiva un tanto en forma definitiva en minutario de control cronológicamente.</p> <p>54. Recibe dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11), devuelve un tanto al servicio Prestaciones Económicas y archiva el otro tanto en minutario de manera definitiva y cronológica.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>NOTA: La "Relación de solicitud y entrega de OCITT", clave 3A21-009-048 (Anexo 11) debe contener todos los "OCITT" iniciales solicitados, en caso de no recibir alguno, consulta el motivo en el campo de <i>observaciones</i> de la misma relación.</p> <p>55. Integra al "Expediente clínico" del asegurado los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuatro tantos del "ST-7" llenado por el patrón,• Un tanto del "ST-7" sin datos complementarios del patrón recibida de Prestaciones Económicas,• "ST-2" es su caso,• Copia de "Identificación oficial",• "Reporte de vigencia",• "OCITT" inicial. <p>NOTA: Para continuar con la atención y realizar la calificación no es indispensable contar con el "OCITT" inicial y/o el formato "ST-7" entregado por Prestaciones Económicas.</p> <p>56. Entrega el "Expediente clínico" del asegurado citado al MSST.</p> <p>57. Recibe al asegurado y el "Expediente clínico", solicita el original de la "Identificación oficial" y verifica la identidad del asegurado.</p> <p>58. Solicita al asegurado los "Documentos relacionados con el probable accidente de trabajo", analiza el caso y determina si se requiere "Solicitud de carta aclaratoria al patrón" o documentación adicional para fines de calificación o "Acta confesional".</p> <ul style="list-style-type: none">• Sí requiere documentación adicional con fines de calificación <p>Continúa en la actividad 59.</p> <ul style="list-style-type: none">• No se requiere documentación adicional con fines de calificación <p>Continúa en la actividad 66.</p>
MSST	



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>NOTA 1: La información que se puede solicitar al patrón del asegurado en caso de un probable accidente de trabajo en trayecto, es la siguiente: horario de trabajo el día del accidente, copia de tarjetas de asistencia, libretas de registro de asistencia, etc. En caso de proporcionar la empresa el transporte; ruta del recorrido del mismo. En caso de probable accidente de trabajo será: horario de trabajo, "Oficio de comisión", especificando el destino y periodo de la misma, "Comprobante de atención médica" privada o de otra institución de salud, cuando el patrón haya gestionado la misma, "Reportes de aseguradoras" en caso de daño a propiedad de la empresa, "Reporte de Accidente de Trabajo" (RAT), este último sólo aplica para trabajadores del IMSS. En ambos casos se podrá solicitar otra información que se considere indispensable pero que concierne al patrón exclusivamente.</p> <p>NOTA 2: La información que se puede solicitar al asegurado en caso de un probable accidente de trabajo o accidente de trabajo en trayecto es la siguiente: "Notas de atención médica" privada o de otra institución de salud, "Hoja de traslado de ambulancia", "Reportes de policía", "Reportes de tránsito", "Reporte de Federal de Caminos", "Reportes de aseguradora", "Acta de Ministerio Público", averiguaciones previas u otra documentación que se considere indispensable para la calificación pero que concierne exclusivamente al asegurado.</p> <p style="text-align: center;">Sí requiere documentación adicional con fines de calificación</p> <p>59. Informa al asegurado que se requiere documentación adicional con fines de calificación, elabora dos tantos de la "Solicitud de carta aclaratoria al patrón", uno para que el asegurado lo entregue al patrón y otro para integrarlo al "Expediente clínico", o le solicita al asegurado que presente la documentación faltante.</p> <p>60. Orienta al asegurado para recabar la documentación faltante en un término no mayor a tres días hábiles y le indica pasar con el AUO de ST para agendar cita en cuatro días hábiles para entregar los documentos y realizar la calificación.</p> <p>NOTA: En caso de que los documentos solicitados al asegurado sean emitidos por Instituciones gubernamentales se considera un plazo de hasta diez días hábiles para otorgar la cita.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>duda justificada entre el mecanismo del accidente y la lesión ocasionada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sí se requiere la investigación del probable accidente de trabajo <p>Continúa en la actividad 67.</p> <ul style="list-style-type: none">• No se requiere investigación del accidente de trabajo <p>Continúa en la actividad 77.</p> <p>NOTA: No se solicitan investigaciones de accidentes de trabajo en trayecto, accidentes de trabajo ocurridos en la vía pública, accidentes derivados de actos de violencia, delincuencia, que hayan ocurrido en lugares de difícil acceso o que representan dificultad para su reconstrucción.</p> <p>Sí se requiere la investigación del probable accidente de trabajo</p> <p>67. Informa al asegurado que se requiere la investigación del probable accidente de trabajo para la calificación correspondiente y le indica que pase con el AUO de ST para que le otorgue cita.</p> <p>68. Orienta al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado para que acuda con el Médico tratante para continuar con su atención médica y la prescripción de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, de ser necesaria.</p> <p>69. Elabora “Solicitud de investigación del puesto de trabajo” y “Nota de Salud en el Trabajo” en la que registra las acciones realizadas los integra al “Expediente clínico” y lo entrega al AUO de ST.</p> <p>NOTA: La “Solicitud de investigación del puesto de trabajo” es anexo del “Procedimiento para el desarrollo de la investigación y prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, estudios de puestos de trabajo y elaboración de dictamen pericial técnico en seguridad e higiene en el trabajo”, clave 3A23-003-008.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>70. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, registra en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y “Cartilla nacional de salud” la fecha de la próxima consulta, la cual no debe ser mayor a quince días hábiles para trabajadores de empresas del mismo OOAD, y en un término de veinte días hábiles para trabajadores de empresas ubicadas en diferente OOAD y en el campo observaciones de la “Base de datos” que el caso no fue calificado debido a que se solicitó investigación del accidente. Coloca el “Expediente clínico” en la carpeta PRT citados para calificación.</p> <p>71. Devuelve al final de la jornada los “OCITT” iniciales mediante “Relación de devolución de OCITT negados o no calificados” al servicio de Prestaciones Económicas, recaba acuse y lo archiva en minutario de forma cronológica permanente.</p> <p>72. Remite por medio de “Oficio de envío”, “Memorándum interno” o correo electrónico, según corresponda, en un término no mayor de 24 horas posterior a la última atención otorgada al asegurado, al CCST o CDST del probable accidente de trabajo, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Solicitud de investigación del puesto de trabajo” y • “ST-7” escaneado o copia fotostática. <p>Recaba acuse y lo archiva en minutario de manera cronológica y permanente.</p>
CCST o CDST	<p>73. Recibe “Oficio de envío”, “Memorándum interno” o correo electrónico, según corresponda y valida la procedencia de la investigación del probable accidente de trabajo.</p> <p style="text-align: center;">No es procedente la investigación del probable accidente de trabajo</p> <p>74. Devuelve al MSST la “Solicitud de investigación del puesto de trabajo” y el “ST-7”, por medio de “Oficio de respuesta de la investigación del probable</p>



Responsable	Descripción de actividades
CCST o CDST	<p>accidente de trabajo”, “Memorándum interno” o correo electrónico según corresponda, y lo asesora para que efectúe la calificación correspondiente con los elementos con los que se cuenta.</p> <p>Continúa en la actividad 77.</p> <p>Sí es procedente la investigación del probable accidente de trabajo</p> <p>75. Envía o deriva en un término no mayor de 24 horas posterior a su recepción por medio de “Oficio de envío”, “Memorándum interno” o correo electrónico, según corresponda, al CAST con:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Solicitud de investigación del puesto de trabajo” y• “ST-7” escaneado o copia fotostática. <p>Recaba acuse y lo archiva en minutario de manera cronológica y permanente.</p>
AUO de ST	<p>76. Recibe del CAST o CDST:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Oficio de respuesta de la investigación del probable accidente de trabajo”, “Memorándum interno” o correo electrónico, en su caso.• “Informe de la investigación del accidente”, en su caso. <p>Y los integra al “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 47.</p> <p>NOTA: Imprime la “Respuesta de la investigación del probable accidente de trabajo” cuando la reciba por correo electrónico.</p>
MSST	<p>No se requiere investigación del accidente de trabajo</p> <p>77. Analiza y establece si existe o no relación causa-efecto, trabajo-daño y describe en el “ST-7” los elementos médico – técnico – administrativos considerados para la calificación, en el campo correspondiente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>78. Emite la calificación correspondiente, preferentemente en presencia del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y la imprime en los cuatro tantos del “ST-7”.</p> <p>79. Comunica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado el resultado de la calificación y le informa que, de no estar de acuerdo, tiene derecho a interponer el recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo.</p> <p>80. Solicita al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado firme de recibido en los cuatro tantos del “ST-7” y le entrega dos tantos, uno para el asegurado y otro para entregarlo al patrón.</p> <p>81. Captura textualmente en el Sistema Electrónico la información contenida en el “ST-7”.</p> <p>NOTA 1: En calificación de defunción sin atención médica en el IMSS captura en el Sistema Electrónico la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">a) En el campo de <i>Fecha en que se presentó por primera vez a la atención médica en el IMSS</i>: La fecha de reclamación de la defunción ante el IMSS.b) En el campo de <i>OOAD y Unidad</i>: Las claves que identifican al OOAD y Unidad en donde se califica el accidentec) En <i>Fundamento legal de la calificación</i>: aclarar que el asegurado no recibió la primera atención médica en el IMSS. <p>NOTA 2: No deben capturarse “ST-7” negadas en SIMF.</p> <p>82. Realiza las acciones de acuerdo a la calificación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Calificación como <i>No accidente de trabajo</i>. Continúa en la actividad 83.• Calificación como <i>Sí accidente de trabajo</i>. Continúa en la actividad 88.



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;">Calificación como <i>Sí accidente de trabajo</i></p> <p>88. Otorga al asegurado la atención médica subsecuente, indica las medidas preventivas médicas relacionadas con las circunstancias que originaron el accidente de trabajo calificado y, si existe la posibilidad de secuelas al concluir su tratamiento médico, le orienta para regresar al servicio de Salud en el Trabajo una vez que se emita el alta.</p> <p>89. Otorga el alta al asegurado que clínicamente no amerite prescripción de días de incapacidad temporal para el trabajo, elabora para ello el “ST-2”, en tres tantos e impone su firma autógrafa.</p> <p>90. Recaba firma del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado en el “ST-2” y le entrega dos tantos, uno para el asegurado y otro para entregarlo al patrón. Integra el tercer tanto al “Expediente clínico”.</p> <p>91. Identifica al asegurado que de acuerdo con la valoración sea candidato a rehabilitación para el trabajo y reincorporación laboral, elabora y entrega al asegurado el formato de “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” al servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en los OOAD que cuenten con la infraestructura necesaria para su aplicación.</p> <p>NOTA: 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>92. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con las acciones realizadas, registra el diagnóstico(s) nosológico(s), los elementos médico-técnico-administrativos considerados para la calificación y la conclusión del caso.</p> <p>93. Marca con una X el recuadro <i>Sí</i>, en el campo <i>Se autoriza como riesgo de trabajo</i> de la “OCITT” inicial así como el recuadro correspondiente al tipo de riesgo. Escribe la fecha de calificación, nombre, matrícula y firma del médico que autoriza.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST AUO de ST	<p>94. Integra al “Expediente clínico” dos tantos del “ST-7” calificado y el “OCITT” inicial autorizado y entrega al AUO de ST.</p> <p>95. Recibe el “Expediente clínico” del asegurado con el “OCITT” inicial marcado como <i>Sí de trabajo</i>, extrae un tanto del “ST-7” calificado y el “OCITT” inicial autorizado y registra la calificación en la “Base de datos”.</p> <p>96. Elabora cuatro tantos de la “Relación de OCITT aceptados”, adjunta los “OCITT” iniciales con “ST-7”, los envía al servicio de Vigencia en un lapso no mayor a 24 horas posteriores a la calificación.</p> <p>97. Recaba sello de recibido en uno de los tantos de la “Relación de OCITT aceptados” y la archiva de forma permanente en minutario cronológico.</p> <p>98. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas los “ST-7” calificados como <i>Sí de trabajo</i> y los integra al “Expediente clínico” correspondiente.</p> <p>99. Devuelve “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <ul style="list-style-type: none">• En caso de probable recaída. Continúa en la actividad 190.• En caso de Incapacidad Permanente. Continúa en la actividad 210. <p style="text-align: center;">Modalidad B Manejo de Probables Accidentes de Trabajo</p> <p>100. Realiza las actividades dependiendo del tipo de depuración:</p> <p>Submodalidad 1. Depuración diaria. Continúa en la actividad 101.</p> <p>Submodalidad 2. Depuración mensual. Continúa en la actividad 102.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;">Submodalidad 1 Depuración diaria</p> <p>101. Revisa diariamente la carpeta <i>PRT pendientes de cita para calificación</i>, identifica los “ST-7” en los que hayan transcurrido sesenta días naturales posteriores a la fecha del probable accidente de trabajo registrada en el anverso del “ST-7”, verifica en la “Base de datos” que el caso no haya sido calificado o se encuentre citado para calificación.</p> <p>NOTA 1: Para los PRT ocurridos en diciembre debe considerarse un tiempo de treinta días naturales.</p> <p>NOTA 2: Si el caso ya fue calificado o tiene cita para calificación extrae el “ST-7” para integrarlo al “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 106.</p>
MSST	<p style="text-align: center;">Submodalidad 2 Depuración mensual</p> <p>102. Extrae mensualmente el “Listado de PRT” del NSSA del mes que corresponda de acuerdo al calendario emitido por la Coordinación de Salud en el Trabajo y lo turna al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p>103. Identifica en la “Base de datos” los siguientes supuestos y los registra en el “Listado de PRT”:</p> <p>2.1 Caso calificado (El “ST-7” ya fue calificado y el “OCITT” inicial enviado al servicio de Vigencia o Prestaciones Económicas).</p> <p>Continúa en la actividad 104.</p> <p>2.2 Caso no calificado con “ST-7” (El “ST-7” no ha sido calificado, se encuentra ubicado en la carpeta <i>PRT pendientes de cita para calificación</i> o <i>PRT citados para calificación</i> y corrobora la existencia del “ST-7” en la carpeta física).</p> <p>Continúa en la actividad 105.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p data-bbox="704 275 1450 380">2.3 Caso no calificado sin “ST-7” (No hay registro del “ST-7” en la “Base de datos” o en las carpetas físicas).</p> <p data-bbox="769 422 1179 453">Continúa en la actividad 162.</p> <p data-bbox="902 495 1192 527">2.1 Caso calificado</p> <p data-bbox="630 569 1435 856">104. Elabora “Oficio de PRT no depurados” dirigido al Director de la Unidad Tramitadora o Tramitadora y de Control a la que esté adscrito el asegurado con copia al CDST y al Jefe del Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas, de los “OCITT” iniciales autorizados de los casos que ya fueron calificados y que continúan como PRT, recaba firma del MSST y lo envía.</p> <p data-bbox="704 898 1435 982">NOTA: El “Oficio de PRT no depurados” debe incluir un apartado con los casos que fueron informados previamente, pero continúan como PRT a pesar de haber sido calificados.</p> <p data-bbox="704 1024 1349 1056">Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p data-bbox="792 1098 1300 1129">2.2 Caso no calificado con “ST-7”</p> <p data-bbox="630 1171 1435 1350">105. Identifica en la <i>carpeta de PRT pendientes de cita para calificación</i> los “ST-7” en los que hayan transcurrido sesenta días naturales posteriores a la fecha del probable accidente de trabajo registrada en el anverso del “ST-7”.</p> <p data-bbox="704 1392 1435 1455">NOTA: Para los PRT ocurridos en diciembre debe considerarse un tiempo de treinta días naturales.</p> <p data-bbox="630 1497 1435 1560">106. Identifica si el “ST-7” contiene datos complementarios del patrón.</p> <p data-bbox="646 1602 1450 1633">“ST-7” sí contiene datos complementarios del patrón</p> <p data-bbox="630 1675 1435 1812">107. Verifica la “Agenda de citas” manual y/o electrónica, programa cita para calificación dentro de los siguientes tres días hábiles y actualiza la “Base de datos” con la fecha y MSST asignado.</p> <p data-bbox="630 1854 1435 1917">108. Solicita un día antes de la cita, el “Expediente clínico” al ARIMAC e integra el “ST-7”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST MSST AUO de ST	<p>109. Coloca el “Expediente clínico” en la carpeta <i>PRT citados para calificación</i> y lo turna al MSST el día de la cita.</p> <p>110. Recibe el “Expediente clínico”, establece si existe o no relación causa-efecto, trabajo-daño y describe en el “ST-7” los elementos médico-técnico-administrativos, considerados para la calificación, en el campo correspondiente.</p> <p>NOTA: En caso de no haber recibido la “Carta aclaratoria” o los documentos adicionales solicitados previamente al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, califica con los elementos que contenga el “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 130.</p> <p>“ST-7” no contiene datos complementarios del patrón</p> <p>111. Verifica en el Sistema de Consulta de Vigencia que el asegurado aparezca como vigente en alguna de las siguientes modalidades: 10, 13, 14, 17, 30, 35 o 42.</p> <p>NOTA 1: Debe verificar que el asegurado se encontraba vigente en la fecha en que ocurrió el probable accidente de trabajo.</p> <p>NOTA 2: No debe solicitarse sello de vigencia. Cuando posterior a la Verificación del Sistema de Consulta de Vigencia exista duda por excepción se podrán solicitar las pantallas de SINDO.</p> <p style="text-align: center;">No está vigente</p> <p>112. Localiza vía telefónica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y lo orienta para acudir al servicio de Vigencia, aclarar su situación y de ser procedente solicite cita en el servicio de Salud en el Trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 34.</p> <p style="text-align: center;">Sí está vigente</p> <p>113. Imprime el “Reporte de vigencia” y lo adjunta al “ST-7” recibido.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>114. Verifica la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y programa cita para calificación dentro de los siguientes tres días hábiles.</p> <p>115. Obtiene tres tantos del “ST-7” que se calificará sin los datos complementarios del patrón y solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p>116. Integra al “Expediente clínico”:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuatro tantos del “ST-7” sin los datos complementarios del patrón y• “Reporte de vigencia”. <p>117. Coloca el “Expediente clínico” en la carpeta <i>PRT citados para calificación</i> y actualiza en la “Base de datos”: ubicación, fecha de la cita y MSST asignado.</p> <p>118. Turna el “Expediente clínico” al MSST el día de la cita.</p>
MSST	<p>119. Recibe el “Expediente clínico”, lo analiza y establece si existe o no relación causa-efecto, trabajo-daño.</p> <p>120. Determina que puede ser calificado como:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Sí accidente de trabajo en trayecto.</i>• <i>Sí de trabajo o No de trabajo o No de trabajo en trayecto.</i> <p>Calificación <i>Sí accidente de trabajo en trayecto</i></p> <p>121. Entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST y le solicita localizar al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado vía telefónica o cualquier vía disponible en la Unidad Médica.</p>
AUO de ST	<p>122. Recibe el “Expediente clínico”, localiza al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y registra cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica en un término máximo de tres días hábiles siguientes a su localización.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>123. Indica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que debe presentarse el día de la cita con original de la “Identificación oficial” con fotografía y los “Documentos relacionados con el probable accidente de trabajo”, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud”,• “ST-7”, el tanto llenado por la empresa,• Copia de “Identificación oficial”,• “ST-2” si ya cuenta con este,• “Hoja de traslado de ambulancia”,• “Nota de atención médica inicial extrainstitucional”,• “Hoja de siniestro de la aseguradora del automóvil”,• “Averiguaciones previas”, <p>Continúa en la actividad 47.</p> <p>Calificación <i>Sí de trabajo o No de trabajo o No de trabajo en trayecto</i></p>
MSST	<p>124. Verifica que el anverso del “ST-7” cuente con registro patronal, en caso contrario, revisa en el “Reporte de vigencia” o en la pantalla <i>F7</i> de SINDO y determina con qué patrón ocurrió el probable accidente de trabajo.</p> <p>125. Describe en el “ST-7” en el campo <i>Elementos médico-técnico-administrativos</i>:</p> <p>Nombre del asegurado, número de seguridad social, registro patronal, nombre del patrón o razón social de la empresa donde ocurrió el probable accidente de trabajo y los elementos considerados para la calificación.</p> <p>126. Registra en el campo <i>Fundamento legal de la calificación</i> del “ST-7” la siguiente leyenda: <i>El patrón no dio aviso del probable accidente de trabajo al Instituto de acuerdo con lo estipulado en el artículo 22 del RPM.</i></p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>134. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) junto con los “OCITT” iniciales solicitados.</p>
MSST	<p>135. Extrae del “Expediente clínico” un tanto del “ST-7”, lo adjunta al “OCITT” inicial y lo turna al MSST.</p> <p>136. Marca con una X el recuadro <i>Sí</i>, en el campo <i>Se autoriza como riesgo de trabajo</i> de la “OCITT” inicial así como el recuadro correspondiente al <i>tipo de riesgo</i>. Escribe la fecha de calificación, nombre, matrícula y firma del médico que autoriza.</p> <p>NOTA: En caso de no contar con el “OCITT” inicial esta actividad la realiza una vez que sea recibido del servicio de Prestaciones Económicas.</p>
AUO de ST	<p>137. Recibe el “ST-7” con el “OCITT” inicial autorizado, elabora cuatro tantos de la “Relación de OCITT aceptados” y adjunta el “ST-7” con el “OCITT” inicial.</p> <p>138. Envía la “Relación de OCITT aceptados”, con el “ST-7” y el “OCITT” inicial al servicio de Vigencia en un lapso no mayor a 24 horas posteriores a la recepción. Recaba sello de recibido en uno de los tantos y lo archiva en minutario de manera definitiva y cronológica.</p> <p>139. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad los “ST-7” calificados como <i>Sí de trabajo</i> y los integra al “Expediente clínico”.</p> <p>140. Coloca el “Expediente clínico” en la <i>carpeta RT aceptados pendientes de entregar al trabajador</i> y actualiza la ubicación del caso en la “Base de datos”.</p> <p>141. Realiza la localización del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado vía telefónica o cualquier vía disponible en la Unidad Médica para que acuda a recoger el “ST-7” calificado.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>142. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que acude a recoger calificación, solicita que firme de recibido en los cuatro tantos del “ST-7”. Distribuye de la siguiente manera: dos tantos para el “Expediente clínico” y dos tantos para el asegurado, quien deberá entregar un tanto al patrón.</p> <p>Continúa en la actividad 161.</p> <p>El anverso del “ST-7” calificado como <i>Sí de trabajo</i> no contiene firma</p> <p>143. Coloca el “Expediente clínico” en la carpeta <i>RT aceptados pendientes de entregar al trabajador</i>, actualiza la “Base de datos” con la calificación y la ubicación del caso, en <i>observaciones</i> registra que <i>se trata de un accidente de trabajo sin firma en el anverso</i>.</p> <p>144. Realiza la localización del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado vía telefónica o cualquier vía disponible en la Unidad Médica para que acuda él o algún representante a recoger el “ST-7” calificado.</p> <p>145. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que acude a recoger calificación y le solicita que firme el anverso y reverso del “ST-7” en los cuatro tantos. Distribuye de la siguiente manera: dos tantos para el “Expediente clínico” y dos tantos para el asegurado, quien deberá entregar un tanto al patrón.</p> <p>146. Actualiza la “Base de datos” y elimina la observación que se trata de un accidente de trabajo sin firma en el anverso.</p> <p>147. Elabora y envía al servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad, tres tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11), incluye los “OCITT” iniciales que han sido solicitados en días previos y no han sido entregados. Archiva acuse de recibido de manera definitiva y cronológica.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>iniciales que han sido solicitados en días previos y no han sido entregados. Archiva acuse de recibido de manera definitiva y cronológica.</p> <p>156. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad, dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) junto con los “OCITT” iniciales. Devuelve un tanto con el sello de recibido y archiva el otro tanto en minutario de manera definitiva y cronológica.</p> <p>157. Extrae del “Expediente clínico” un tanto del “ST-7”, lo adjunta al “OCITT” inicial y lo turna al MSST.</p>
MSST	<p>158. Marca el recuadro <i>No</i>, en el campo <i>se autoriza como riesgo de trabajo</i> del “OCITT” inicial y entrega al AUO de ST.</p> <p>NOTA: En caso de no contar con el “OCITT” inicial esta actividad se realiza una vez que sea recibido del servicio de Prestaciones Económicas.</p>
AUO de ST	<p>159. Recibe “ST-7” con el “OCITT” inicial marcado como <i>No de trabajo</i>. Elabora y envía “OCITT” inicial mediante dos tantos de la “Relación de devolución de OCITT negados o no calificados” al servicio de Prestaciones Económicas, en un lapso no mayor a 24 horas posteriores su recepción. Archiva acuse de recibo de manera definitiva y cronológica.</p> <p>160. Coloca el “ST-7” calificado sin datos complementarios del patrón en la carpeta <i>RT calificados sin datos complementarios</i> y actualiza la ubicación en la “Base de datos”.</p> <p>161. Devuelve “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">2.3 Caso no calificado sin “ST-7”</p> <p>162. Consulta cada caso en el Sistema de Consulta de Vigencia y de no pertenecer a alguna de las siguientes modalidades: 10, 13, 14, 17, 30, 35 o 42, lo registra en el “Listado de PRT” como <i>otras modalidades</i> y lo entrega al MSST.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>163. Recibe “Listado de PRT”, identifica los casos marcados por el AUO de ST como <i>sin ST-7</i>, determina con el diagnóstico registrado en el “Listado de PRT”, si se trata de un diagnóstico de enfermedad general o un diagnóstico de sospecha de PRT; excepto de los casos marcados como <i>otras modalidades</i>.</p> <p>164. Registra en el “Listado de PRT” que se trata de diagnóstico de enfermedad general o sospecha de PRT y lo turna al AUO de ST.</p> <p>2.3.1 Casos con diagnóstico de enfermedad general y/o con otras modalidades</p>
AUO de ST	<p>165. Solicita al servicio de Prestaciones Económicas mediante tres tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) los “OCITT” iniciales, marcados en el “Listado de PRT” como <i>diagnóstico de enfermedad general y con otras modalidades</i>. Archiva acuse de recibo de manera definitiva y cronológica.</p> <p>166. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) junto con los “OCITT” iniciales. Devuelve un tanto con el sello de recibido y archiva el otro tanto en minutarario de manera definitiva y cronológica. Turna los “OCITT” iniciales al MSST.</p>
MSST	<p>167. Recibe “OCITT” inicial, circula la marca del campo <i>Probable Riesgo de Trabajo</i> y marca con X el campo <i>Enfermedad</i> o escribe la palabra <i>No</i> en el campo <i>Probable Riesgo de Trabajo</i> y coloca su firma y la fecha en el “OCITT” inicial.</p> <p>NOTA: Debe dejar en blanco los campos del apartado <i>Se autoriza como riesgo de trabajo</i>.</p> <p>168. Entrega los “OCITT” iniciales al AUO de ST para su devolución al servicio de Prestaciones Económicas.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>174. Verifica en el Sistema de Consulta de Vigencia que el asegurado aparezca como <i>vigente</i> en alguna de las siguientes modalidades: 10, 13, 14, 17, 30, 35 o 42.</p> <p>NOTA: No debe solicitarse sello de vigencia ni las pantallas F1 y/o F3 del SINDO. Por excepción se puede solicitar la pantalla F7 de SINDO, cuando la empresa vigente no sea la misma en la que ocurrió el probable accidente de trabajo.</p> <p style="text-align: center;">No está vigente</p> <p>175. Informa al beneficiario, familiar o representante del asegurado que el asegurado no está vigente o que pertenece a una modalidad diferente y le orienta a acudir al servicio de Vigencia, para aclarar su situación y de ser procedente solicite nuevamente cita en Salud en el Trabajo.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Sí está vigente</p> <p>176. Imprime el "Reporte de vigencia".</p> <p>177. Interroga al beneficiario, familiar o representante del asegurado e identifica si el asegurado fallecido recibió atención médica en el IMSS al momento de la defunción.</p> <p style="text-align: center;">No recibió atención médica en el IMSS</p> <p>178. Solicita copia certificada del "Acta de defunción". Llena en cuatro tantos el anverso del "ST-7", en los siguientes campos:</p> <p>Nombre del patrón o razón social de la empresa, domicilio del patrón, calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o municipio, ciudad y estado, código postal, teléfono fijo, registro patronal (datos obtenidos del Sistema de Consulta de Vigencia).</p> <p>Número de seguridad social, apellido paterno, materno y nombre(s), Identificación oficial, CURP, edad, sexo, estado civil, domicilio: calle y número, colonia o fraccionamiento, alcaldía o</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>municipio, ciudad y estado, código postal, teléfono fijo, teléfono celular, correo electrónico, UMF de adscripción, OOAD, día de descanso previo al accidente, horario de trabajo el día del accidente, fecha y hora del probable accidente de trabajo y fecha y hora de recepción en el servicio médico (corresponderá a la fecha y hora de llenado del anverso del "ST-7").</p> <p>En el campo 22 anota la leyenda: <i>El asegurado no recibió atención médica en el IMSS al momento de la defunción y acude el beneficiario o familiar o representante del asegurado al servicio de Salud en el Trabajo para efectos de trámite de calificación de probable accidente de trabajo ocurrido el (día/mes/año).</i></p> <p>179. Solicita al beneficiario, familiar o representante del asegurado plasmar su firma autógrafa en el recuadro correspondiente del anverso del "ST-7", en los cuatro tantos, y que anote su nombre y teléfono.</p> <p>180. Turna al MSST para revisión de los datos capturados y estampe su firma autógrafa en los cuatro tantos del "ST-7".</p> <p>181. Entrega al beneficiario, familiar o representante del asegurado dos tantos del "ST-7" y lo orienta para conservar un tanto, que acuda a la empresa para entregar el otro tanto y le comunique al patrón que debe llenarlo y enviarlo al servicio de Salud en el Trabajo correspondiente dentro de un plazo máximo de 72 horas posteriores a la fecha en que ocurrió el accidente.</p> <p>182. Coloca los otros dos tantos del "ST-7" en la carpeta <i>PRT pendientes de cita para calificación.</i></p> <p>Continúa en la actividad 183.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;">Sí recibió atención médica en el IMSS</p> <p>183. Registra en la “Agenda de citas” manual o electrónica, “Cartilla nacional de salud” y “Base de datos” cita al beneficiario, familiar o representante del asegurado fallecido con el MSST en 10 días hábiles para entrega y revisión de los “Documentos relacionados con el probable accidente de trabajo”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “ST-7”, llenado por el patrón, • “Notas médicas extrainstitucionales”, cuando la defunción no haya sido inmediata, • “Acta de defunción” copia certificada, • “Actuaciones del Ministerio Público”, copia completa y certificada, en su caso, • “Reporte de exámenes toxicológicos” practicados o “Dispensa”, copia certificada, en su caso, • “Certificado de necropsia” o “Dispensa”, copia certificada, en su caso, • “Actuaciones de la Policía Federal, Policía Preventiva, Policía Local, o Ambulancia”, etcétera. <p>NOTA 1: Cuando el trabajador fallece posterior a recibir atención médica hospitalaria no debe solicitarse el “Reporte de exámenes toxicológicos” ni el “Certificado de necropsia” o “Dispensa” de estos.</p> <p>NOTA 2: Cuando el beneficiario, familiar o representante legal no se presente en la cita agendada, debe localizarlo vía telefónica en al menos tres ocasiones en una semana y dejar constancia en una bitácora o en la “Base de datos”.</p> <p>Continúa en la actividad número 47.</p>
MSST	<p style="text-align: center;">Modalidad D</p> <p style="text-align: center;">Asegurado que falleció posterior a la calificación como No de trabajo por artículo 46 de la LSS</p> <p>184. Recibe del Control de Prestaciones de la Unidad “Oficio de reconocimiento de defunción por RT” con copia del “ST-7” negado, con el que se solicita indicar la fecha de la defunción y si ésta fue originada o no por las complicaciones de las lesiones producidas por el accidente calificado negado.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>NOTA: Control de Prestaciones de la Unidad recibió previamente el “ST-7” de la viuda o huérfano o asignatario del asegurado que falleció con posterioridad a la calificación del accidente (ejemplo: el asegurado queda en estado de coma y fallece tiempo después).</p> <p>185. Solicita al AUO de ST obtenga el “Expediente clínico” que contiene el original del “ST-7” calificado, para dar respuesta.</p>
AUO de ST	<p>186. Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC y lo entrega al MSST.</p>
MSST	<p>187. Recibe “Expediente clínico”, analiza si la muerte del asegurado fue originada o no por las complicaciones de las lesiones producidas por el accidente calificado como <i>No de trabajo</i>.</p> <p>188. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con la conclusión del análisis, la integra al “Expediente clínico” y lo entrega al AUO de ST.</p> <p>NOTA: Por ningún motivo se elabora “ST-3” en estos casos.</p>
AUO de ST	<p>189. Elabora y envía a Control de Prestaciones el “Oficio de defunción” en el que informa la fecha de la defunción del asegurado y la conclusión del análisis realizado por el MSST y devuelve la copia del “ST-7” recibida. Entrega “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Etapas II</p> <p style="text-align: center;">Atención y calificación de probable recaída por accidente de trabajo</p> <p style="text-align: center;">Fase 1</p> <p style="text-align: center;">Atención de probable recaída por accidente de trabajo</p>
Médico tratante	<p>190. Recibe al asegurado que presenta agravamiento o complicaciones de las lesiones del accidente de trabajo calificado previamente como <i>Sí de trabajo</i> y que fue dado de alta, otorga la consulta médica correspondiente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>196. Actualiza la “Base de datos”, registra los campos: ubicación en la carpeta <i>PRT citados para calificación</i>, la fecha de la cita y el MSST asignado. Archiva documentos recibidos en la carpeta <i>PRT citados para calificación</i>.</p> <p>Continúa en la actividad 197.</p> <p style="text-align: center;">Sí es posible</p> <p>197. Indica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, que espere para que pase a consulta para la calificación.</p> <p>198. Solicita personalmente el “Expediente clínico” al ARIMAC de los asegurados citados.</p> <p>199. Elabora y envía al servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad, tres tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11), incluye los “OCITT” iniciales que han sido solicitados en días previos y no han sido entregados. Archiva acuse de recibido de manera definitiva y cronológica.</p> <p>200. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad, dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) junto con los “OCITT” iniciales. Devuelve un tanto con el sello de recibido y archiva el otro tanto en minutarario de manera definitiva y cronológica.</p> <p>NOTA: La “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) debe contener todos los “OCITT” iniciales solicitados, en caso de no recibir alguno, consulta el motivo en el campo de <i>observaciones</i> de la misma relación.</p> <p>201. Recibe el “Expediente clínico” de ARMIAC. Llena en el “ST-8” los campos del apartado <i>Datos del trabajador</i> y <i>Datos del Patrón</i>, en cuatro tantos.</p> <p>202. Integra al “Expediente clínico” los documentos recibidos y los cuatro tantos del “ST-8”. Entrega al MSST.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>203. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y el “Expediente clínico”, solicita el original de la “Identificación oficial”, verifica la identidad y la devuelve.</p> <p>204. Analiza y establece si existe o no relación entre el accidente previamente calificado y el agravamiento o complicaciones de las lesiones del accidente de trabajo que se presentaron posterior al alta.</p> <p>205. Llena en los cuatro tantos del “ST-8” los campos del apartado de <i>Antecedente de la calificación del riesgo de trabajo</i> y el apartado de <i>Dictamen de calificación</i>.</p> <p>206. Describe en el campo <i>Motivo de la recaída</i> del “ST-8”, los elementos médico-técnico – administrativos considerados, emite la calificación correspondiente y estampa su firma autógrafa.</p> <p>207. Comunica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado el resultado de la calificación y le informa que, de no estar de acuerdo, tiene derecho a interponer el recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo.</p> <p>208. Solicita al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado firme de recibido en los cuatro tantos del “ST-8”, le entrega dos, uno para el asegurado y el otro para su patrón y coloca los otros dos tantos en el “Expediente clínico”.</p> <p>209. Captura textualmente en el Sistema Electrónico la información contenida en el “ST-8”.</p> <p>NOTA: En ningún caso de recaída se captura en SIMF el “ST-8” o “ST-2”.</p> <p>Continúa en la actividad 82, cuando se menciona “ST-7” debe interpretarse “ST-8” para esta fase.</p> <p style="text-align: center;">Etapas III Dictaminación de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;">Fase 1 Dictaminación inicial</p> <p>210. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que presenta posibles secuelas por accidente de trabajo y le solicita:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud” y• “Solicitud de interconsulta 4-30-200” o• “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” o• “Nota médica de referencia” o• “Resultados de las valoraciones” y/o “Resultados de laboratorio y/o gabinete” solicitados previamente por el MSST. <p>Y coloca sello de recibido en este último.</p> <p>211. Otorga cita dentro de los tres días hábiles siguientes, registra los datos del asegurado que se requieran en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y en la “Cartilla nacional de salud” e indica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado la fecha y hora de la cita con el MSST.</p> <p>212. Informa al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que el asegurado debe presentarse el día de la cita con:</p> <ul style="list-style-type: none">• Original y copia de la “Identificación oficial” del asegurado,• “ST-7” copia,• “ST-8”, en su caso, copia,• “ST-2”, relacionados con el accidente de trabajo copia,• “Notas médicas” relacionados con el accidente de trabajo que tenga en su poder,• “Resultados de laboratorio y/o gabinete” relacionados con el accidente de trabajo,• Último “Tarjetón de pago”, en caso de trabajadores IMSS,• “Acta de defunción”, copia certificada, cuando el



Responsable	Descripción de actividades
MSST AUO de ST	<p>219. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en la que describe las actividades realizadas y entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p> <p>220. Devuelve al ARIMAC el “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 210.</p> <p style="text-align: center;">Expediente completo</p>
MSST	<p>221. Realiza valoración médica integral, para comprobar o descartar la existencia de secuelas derivadas del accidente de trabajo. En caso de defunción, realiza análisis médico-técnico-legal. En caso de fallecimiento del asegurado que disfrutaba de un dictamen de incapacidad permanente provisional o definitivo, elabora el “ST-3” correspondiente, si este fue derivado de complicaciones o agravamiento del mismo.</p> <p style="text-align: center;">No existen secuelas valiables</p> <p>222. Informa al asegurado la conclusión de la valoración médica integral.</p> <p>223. Elabora el mismo día “Nota de Salud en el Trabajo” en el “Expediente clínico” con las actividades realizadas y la conclusión de la valoración médica integral. En su caso, elabora “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” y la entrega al asegurado para el Médico tratante solicitante.</p> <p>224. Entrega al AUO de ST el “Expediente clínico”.</p>
AUO de ST	<p>225. Recibe “Expediente clínico” y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Existen secuelas valiables</p>
MSST	<p>226. Registra fecha de la primera cita para dictaminación con “Expediente clínico” completo y elabora sólo un “ST-3” por todas las secuelas derivadas de un mismo accidente de trabajo, dentro del término de tres días hábiles siguientes a la fecha de cita.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>NOTA: No se debe modificar la fecha de la primera cita para dictaminación con "Expediente clínico" completo durante el proceso de autorización del "ST-3".</p> <p>227. Establece la magnitud de las secuelas y fundamenta para efecto de valuación con base en la <i>Tabla de valuación de Incapacidad Permanente</i> de la LFT, el porcentaje de la incapacidad órgano-funcional.</p> <p>NOTA: En caso de defunción anota que se elabora dictamen considerando la fracción IV del Artículo 477 y Artículo 55 de la LFT y LSS respectivamente.</p> <p>228. Determina, tratándose de trabajador IMSS, si es procedente la aplicación de la <i>Tabla C</i> del Artículo 4 del RJP, 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 12) y selecciona la opción correspondiente en el campo <i>Se sugiere aplicar la Tabla "C" del art. 4 del RJP</i> en el "ST-3".</p> <p>229. Consulta el NSSA, establece la fecha de inicio de pensión tomando en consideración el último día subsidiado o, en su caso, la fecha de defunción establecida en el "Acta de defunción" y la comunica personalmente al AUO de ST.</p> <p>230. Establece 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>231. Entrega al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado la "Guía para la solicitud de pensión por invalidez, riesgo de trabajo o indemnización global", clave 3A22-022-003.</p> <p>NOTA: La "Guía para solicitud de pensión por invalidez, riesgo de trabajo o indemnización global", clave 3A22-022-003 es el Anexo 9 del "Procedimiento para la determinación del estado de invalidez", clave 3A22-003-002.</p> <p>232. Orienta al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado para que, en diez días hábiles posteriores a la presente cita, acuda a</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>la ventanilla de Control de Prestaciones de la Unidad que le corresponde para la obtención de la “Resolución de pensión” y que en caso de que su dictamen sea autorizado antes, será contactado por Control de Prestaciones.</p> <p>233. Informa al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que debe recoger en Salud en el Trabajo el “ST-3” autorizado y, en caso de “ST-3” con carácter provisional, presentarse tres meses antes de la fecha de vencimiento de la pensión para revaloración y le solicita que pase con el AUO de ST para agendar cita.</p>
AUO de ST	<p>234. Registra en la “Cartilla nacional de salud” la fecha en la que el asegurado debe presentarse en el servicio de Salud en el Trabajo y lo captura en la “Base de datos de ST-3”.</p> <p>235. Elabora y envía en dos tantos “Memorándum interno” u “Oficio de aviso de dictaminación” dirigido al servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad Tramitadora o Tramitadora y de Control a la que esté adscrito el trabajador, con número de seguridad social y nombre completo del asegurado, en el cual informa que se encuentra en proceso de dictaminación de incapacidad permanente y la fecha de inicio de pensión.</p> <p>236. Solicita sello de recibido al servicio de Prestaciones Económicas en el “Memorándum interno” u “Oficio de aviso de dictaminación” y archiva acuse en minutario de manera definitiva y cronológica.</p>
MSST	<p>237. Aplica los “Criterios para el uso del MEST” vigentes y determina si realiza dictaminación manual o electrónica.</p> <p>NOTA: Los “Criterios para el uso del MEST” los genera la Coordinación de Salud en el Trabajo.</p>



Responsable	Descripción de actividades
	<p style="text-align: center;">Dictaminación electrónica</p> <p>238. Captura y envía automáticamente por el Sistema Electrónico el “ST-3” para su aprobación o autorización, de acuerdo con la cadena de autorización del OOAD.</p> <p>239. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con las actividades realizadas y entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p> <p>240. Recibe “Expediente clínico” y lo archiva temporalmente en la carpeta <i>ST-3 en proceso de autorización</i>.</p> <p>241. Consulta diariamente en el Sistema Electrónico el estatus del “ST-3”, revisa si fue rechazado o autorizado.</p> <p>242. Consulta diariamente el Sistema Electrónico, analiza el “ST-3” recibido y determina si lo aprueba/autoriza o rechaza por inconsistencias.</p> <p style="text-align: center;">“ST-3” electrónico rechazado</p> <p>243. Rechaza el “ST-3” en el Sistema Electrónico en el término de tres días hábiles siguientes a su recepción y especifica el o los motivos del rechazo a fin de que el MSST realice las modificaciones señaladas.</p> <p>244. Analiza el o los motivos del rechazo en el Sistema Electrónico, solicita al AUO de ST el “Expediente clínico” y realiza las modificaciones solicitadas en el “ST-3” el mismo día o a más tardar el día hábil siguiente a su recepción.</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 239.</p> <p style="text-align: center;">“ST-3” electrónico aprobado</p> <p>245. Aprueba el “ST-3” dentro del término de tres días hábiles siguientes a la recepción y envía automáticamente por el Sistema Electrónico al personal de confianza de acuerdo con la cadena de autorización del OOAD. Identifica si se trata de</p>
MSST	
AUO de ST	
MSST	
CCST o CDST	
MSST	
CCST	



Responsable	Descripción de actividades				
<p>CDST</p> <p>Personal secretarial de la CDST</p>	<p>trabajador IMSS, grupos organizados o con convenio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabajador IMSS, grupos organizados o con convenio <p>Continúa en la actividad 273.</p> <ul style="list-style-type: none"> No es trabajador IMSS, grupos organizados o con convenio <p>Continúa en la actividad 246.</p> <p>NOTA: Los dictámenes de trabajadores de la empresa Comisión Federal de Electricidad que hayan sido valorados y acordados en los Comités Tripartitos Delegacionales IMSS-CFE-SUTERM, son autorizados por el CDST sin necesidad de que sean valorados por la CEST.</p> <p style="text-align: center;">“ST-3” electrónico autorizado</p> <p>246. Autoriza el “ST-3” en Sistema Electrónico, en el término de tres días hábiles siguientes a su recepción.</p> <p>247. Imprime “ST-3”, cinco tantos en trabajadores de empresas afiliadas, empresas con convenio y grupos organizados, y seis tantos para trabajadores IMSS.</p> <p>248. Coloca firma autógrafa en cada uno de los tantos y entrega al personal secretarial.</p> <p>249. Recibe los tantos autorizados del “ST-3”, lo registra en la “Base de datos de ST-3”, y los envía diariamente mediante “Oficio de dictamen autorizado”, en trabajadores IMSS con copia de último “Tarjetón de pago”, para su distribución de la siguiente manera:</p> <table border="1" data-bbox="711 1675 1442 1927"> <tr> <td>Trabajadores de empresas afiliadas (total cinco tantos)</td> </tr> <tr> <td>Tres tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, Patrón y “Expediente clínico”.</td> </tr> <tr> <td>Un tanto para el Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas en el OOAD.</td> </tr> <tr> <td>Un tanto para el Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia en el OOAD.</td> </tr> </table>	Trabajadores de empresas afiliadas (total cinco tantos)	Tres tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, Patrón y “Expediente clínico”.	Un tanto para el Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas en el OOAD.	Un tanto para el Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia en el OOAD.
Trabajadores de empresas afiliadas (total cinco tantos)					
Tres tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, Patrón y “Expediente clínico”.					
Un tanto para el Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas en el OOAD.					
Un tanto para el Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia en el OOAD.					



Responsable	Descripción de actividades														
<p>CDST</p> <p>MSST</p> <p>AUO de ST</p>	<table border="1" data-bbox="711 268 1443 890"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="711 268 1443 302">Trabajadores IMSS (total seis tantos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" data-bbox="711 302 1443 365">Dos tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y "Expediente clínico".</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="711 365 1443 428">Un tanto para el Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="711 428 1443 491">Un tanto para el Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia.</td> </tr> <tr> <th data-bbox="711 491 1091 554">Si laboran en OOAD</th> <th data-bbox="1091 491 1443 554">Si laboran en Nivel Central</th> </tr> <tr> <td data-bbox="711 554 1091 709">Un tanto para la Subcomisión Mixta de Jubilaciones y Pensiones del OOAD y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".</td> <td data-bbox="1091 554 1443 709">Un tanto para la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".</td> </tr> <tr> <td data-bbox="711 709 1091 890">Un tanto para el Departamento Delegacional de Personal que corresponda a su centro laboral y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".</td> <td data-bbox="1091 709 1443 890">Un tanto para la Coordinación Técnica de Operación de Nivel Central y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="630 932 1443 1073">250. Verifica que el personal secretarial registre el caso en la "Base de datos de ST-3", envíe los tantos del "ST-3" según corresponda, recabe y archive acuse de recibo.</p> <p data-bbox="703 1115 1443 1171">NOTA: Debe enviarse a más tardar el día hábil siguiente a la autorización del "ST-3".</p> <p data-bbox="630 1213 1443 1354">251. Recibe "Oficio de dictamen autorizado" junto con los "ST-3" autorizados, realiza "Nota de Salud en el Trabajo" con la leyenda: <i>el "ST-3" fue autorizado</i> y los entrega al AUO de ST.</p> <p data-bbox="630 1396 1443 1577">252. Llama al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y le recuerda que debe presentarse en el servicio de Salud en el Trabajo para recoger el "ST-3" posterior a recibir la "Resolución de pensión".</p> <p data-bbox="630 1619 1443 1906">253. Integra los "ST-3" al "Expediente clínico" y lo coloca temporalmente por NSS en la carpeta <i>ST-3 autorizados pendientes de entregar</i>, en espera a que se presente el asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado con la "Resolución de pensión" para recoger el "ST-3". Archiva el "Oficio de envío de ST-3" en minutario de manera definitiva y cronológica.</p>	Trabajadores IMSS (total seis tantos)		Dos tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y "Expediente clínico".		Un tanto para el Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.		Un tanto para el Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia.		Si laboran en OOAD	Si laboran en Nivel Central	Un tanto para la Subcomisión Mixta de Jubilaciones y Pensiones del OOAD y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	Un tanto para la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	Un tanto para el Departamento Delegacional de Personal que corresponda a su centro laboral y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	Un tanto para la Coordinación Técnica de Operación de Nivel Central y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".
Trabajadores IMSS (total seis tantos)															
Dos tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y "Expediente clínico".															
Un tanto para el Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.															
Un tanto para el Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia.															
Si laboran en OOAD	Si laboran en Nivel Central														
Un tanto para la Subcomisión Mixta de Jubilaciones y Pensiones del OOAD y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	Un tanto para la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".														
Un tanto para el Departamento Delegacional de Personal que corresponda a su centro laboral y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	Un tanto para la Coordinación Técnica de Operación de Nivel Central y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".														



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>254. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que se presenta a recoger el “ST-3” autorizado, verifica que cuente con la “Resolución de pensión” y extrae el “Expediente clínico” de la carpeta <i>ST-3 autorizados pendientes de entrega</i>.</p> <p>255. Solicita la firma autógrafa del asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado en los tres tantos del “ST-3”, le entrega dos, uno para el asegurado y otro para el patrón, e integra el tercero al “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: En trabajadores IMSS sólo entrega un tanto debido a que el tanto del patrón le fue enviado por la CDST.</p> <p>256. Devuelve “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Dictaminación manual</p>
MSST	<p>257. Coloca el folio al “ST-3” de acuerdo con el “ST-5”.</p> <p>258. Imprime “ST-3”, cinco tantos en caso de empresas afiliadas, con convenio y grupos organizados, o seis tantos en caso de trabajadores IMSS y estampa su firma autógrafa.</p> <p>259. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con las actividades realizadas.</p> <p>260. Entrega los “ST-3” al AUO de ST junto con el “Expediente clínico”.</p>
AUO de ST	<p>261. Recibe “ST-3” y “Expediente clínico”.</p> <p>262. Elabora “Oficio de envío de ST-3” dirigido al personal de confianza de acuerdo con la cadena de autorización del OOAD y lo envía junto con el “ST-3” y el “Expediente clínico” por valija institucional, archiva de manera cronológica y permanente el acuse de recibo en la carpeta <i>ST-3 en proceso de autorización</i>.</p>



Responsable	Descripción de actividades
CCST o CDST	<p>NOTA: Debe elaborarse un “Oficio de envío de ST-3” por cada caso y enviarse dentro del término de tres días hábiles siguientes a la fecha de cita para dictaminación con “Expediente clínico” completo o a más tardar el día hábil siguiente a su recepción por rechazo.</p> <p>263. Recibe “Expediente clínico” con “ST-3”, lo analiza y determina si lo aprueba/autoriza o rechaza por inconsistencias dentro del término de tres días hábiles siguientes a su recepción.</p> <p style="text-align: center;">“ST-3” manual rechazado</p> <p>264. Devuelve “ST-3” y “Expediente clínico” mediante el “Oficio de envío de ST-3” y especifica el o los motivos del rechazo, a fin de que el MSST realice las modificaciones señaladas. Archiva acuse de recibido en minutario de manera temporal y cronológica.</p> <p>NOTA: Debe devolverse dentro del término de tres días hábiles siguientes a la recepción.</p>
MSST	<p>265. Recibe “Oficio de envío de ST-3” junto con el “ST-3” y el “Expediente clínico”, analiza el o los motivos del rechazo y realiza las modificaciones solicitadas el mismo día o a más tardar el día hábil siguiente a su recepción.</p> <p>Continúa en la actividad 258.</p> <p style="text-align: center;">“ST-3” manual aprobado</p>
CCST	<p>266. Aprueba el “ST-3” mediante firma autógrafa en todos los tantos y envía mediante “Oficio de envío de ST-3” al personal de confianza de acuerdo con la cadena de autorización del OOAD junto con el “Expediente clínico”. Identifica si se trata de trabajador IMSS, grupos organizados o con convenio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Trabajador IMSS, grupos organizados o con convenio <p>Continúa en la actividad 273.</p> <ul style="list-style-type: none">• No es trabajador IMSS, grupos organizados o con convenio <p>Continúa en la actividad 267.</p>



Responsable	Descripción de actividades																				
<p>CDST</p> <p>Personal secretarial de la CDST</p>	<p>NOTA 1: Debe enviarse dentro del término de tres días hábiles siguientes a la recepción.</p> <p>NOTA 2: Los dictámenes de trabajadores de la empresa Comisión Federal de Electricidad que hayan sido valorados y acordados en los Comités Tripartitos Delegacionales IMSS-CFE-SUTERM, serán autorizados por el CDST sin necesidad de que sean valorados por la CEST.</p> <p style="text-align: center;">“ST-3” manual autorizado</p> <p>267. Coloca firma autógrafa en cada uno de los tantos del “ST-3” y entrega al personal secretarial junto con el “Expediente clínico”.</p> <p>268. Verifica que el personal secretarial registre el caso en la “Base de datos de ST-3” y envíe los tantos del “ST-3” según corresponda.</p> <p>NOTA: Debe enviarse a más tardar el día hábil siguiente a la autorización del “ST-3”.</p> <p>269. Recibe el “Expediente clínico” con los tantos autorizados del “ST-3”, lo registra en la “Base de datos de ST-3”, y los envía diariamente mediante “Oficio de dictamen autorizado”, en trabajadores IMSS con copia de último “Tarjetón de pago”, para su distribución de la siguiente manera:</p> <table border="1" data-bbox="711 1234 1442 1482"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Trabajadores de empresas afiliadas (total cinco tantos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Tres tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, Patrón y “Expediente clínico”.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Un tanto para el Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas en Delegación.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Un tanto para la Oficina Delegacional de Clasificación de Empresas.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="711 1516 1442 1734"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Trabajadores IMSS (total seis tantos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Dos tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y “Expediente clínico”.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Un tanto para el Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Un tanto para la Oficina Delegacional de Clasificación de Empresas.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="711 1734 1442 1940"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Si laboran en OOAD</th> <th style="text-align: center;">Si laboran en Nivel Central</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Un tanto para la Subcomisión Mixta de Jubilaciones y Pensiones de la Delegación y adjuntar copia del último “Tarjetón de pago”.</td> <td>Un tanto para la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones y adjuntar copia del último “Tarjetón de pago”.</td> </tr> </tbody> </table>	Trabajadores de empresas afiliadas (total cinco tantos)		Tres tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, Patrón y “Expediente clínico”.		Un tanto para el Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas en Delegación.		Un tanto para la Oficina Delegacional de Clasificación de Empresas.		Trabajadores IMSS (total seis tantos)		Dos tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y “Expediente clínico”.		Un tanto para el Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.		Un tanto para la Oficina Delegacional de Clasificación de Empresas.		Si laboran en OOAD	Si laboran en Nivel Central	Un tanto para la Subcomisión Mixta de Jubilaciones y Pensiones de la Delegación y adjuntar copia del último “Tarjetón de pago”.	Un tanto para la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones y adjuntar copia del último “Tarjetón de pago”.
Trabajadores de empresas afiliadas (total cinco tantos)																					
Tres tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, Patrón y “Expediente clínico”.																					
Un tanto para el Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas en Delegación.																					
Un tanto para la Oficina Delegacional de Clasificación de Empresas.																					
Trabajadores IMSS (total seis tantos)																					
Dos tantos para la UMF: Asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y “Expediente clínico”.																					
Un tanto para el Departamento de Personal de la Unidad de adscripción laboral del trabajador.																					
Un tanto para la Oficina Delegacional de Clasificación de Empresas.																					
Si laboran en OOAD	Si laboran en Nivel Central																				
Un tanto para la Subcomisión Mixta de Jubilaciones y Pensiones de la Delegación y adjuntar copia del último “Tarjetón de pago”.	Un tanto para la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones y adjuntar copia del último “Tarjetón de pago”.																				



Responsable	Descripción de actividades			
<p>MSST</p> <p>AUO de ST</p> <p>Jefe de la CEST</p> <p>Personal secretarial de la CEST</p> <p>Equipo multidisciplinario de la CEST</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="711 254 1089 443">Un tanto para el Departamento Delegacional de Personal que corresponda a su centro laboral y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".</td> <td data-bbox="1089 254 1442 443">Un tanto para la Coordinación Técnica de Operación de Nivel Central y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".</td> </tr> </table>	Un tanto para el Departamento Delegacional de Personal que corresponda a su centro laboral y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	Un tanto para la Coordinación Técnica de Operación de Nivel Central y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	<p>270. Recibe "Oficio de dictamen autorizado" junto con los tantos del "ST-3" autorizado y el "Expediente clínico".</p> <p>271. Realiza "Nota de Salud en el Trabajo", describe que fue autorizado el "ST-3" y entrega "Expediente clínico" al AUO de ST.</p> <p>272. Extrae de la carpeta <i>ST-3 en proceso de autorización</i> el acuse del "Oficio de envío de ST-3" y lo integra al "Expediente clínico".</p> <p>Continúa a en la actividad 252.</p> <p>"ST-3" de trabajadores IMSS, grupos organizados o con convenio</p> <p>273. Consulta y analiza en el Sistema Electrónico el "ST-3", elaborado por el MSST y/o aprobado por el CCST, según corresponda, o recibe "ST-3" manual con "Expediente clínico".</p> <p>274. Indica al personal secretarial la localización del asegurado y asignación de cita para valoración integral por cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario.</p> <p>275. Localiza, otorga cita al asegurado con el equipo multidisciplinario de la CEST y la registra en la "Agenda de citas" manual y/o electrónica.</p> <p>NOTA: En caso de defunción debe localizar al beneficiario, familiar o representante del asegurado finado.</p> <p>276. Recibe al asegurado citado y lo turna con el médico especialista de la CEST, según corresponda, para su valoración.</p> <p>277. Recibe al asegurado, realiza valoración integral y determina si requiere estudios complementarios.</p>
Un tanto para el Departamento Delegacional de Personal que corresponda a su centro laboral y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".	Un tanto para la Coordinación Técnica de Operación de Nivel Central y adjuntar copia del último "Tarjetón de pago".			



Responsable	Descripción de actividades
Equipo multidisciplinario de la CEST	<p style="text-align: center;">Sí requiere estudios complementarios</p> <p>278. Elabora y entrega al asegurado “Solicitud de Interconsulta 4-30-200” y/o “Solicitud de laboratorio y/o gabinete”.</p> <p>279. Orienta al asegurado para regresar con las “Notas médicas” y/o los “Resultados de laboratorio y/o gabinete” solicitados.</p> <p>280. Recibe al asegurado que presenta “Notas médicas” y/o “Resultados de laboratorio y/o gabinete” previamente solicitados.</p> <p>Continúa en la actividad 281.</p>
Jefe de la CEST	<p style="text-align: center;">No requiere estudios complementarios</p> <p>281. Elabora “Resumen médico” con el resultado de la valoración y lo entrega al Jefe de la CEST.</p> <p>282. Recibe “Resumen médico” del equipo multidisciplinario, analiza “ST-3” y emite conclusión médico-técnica-legal del caso.</p> <p>283. Determina si aprueba o rechaza el “ST-3” manual o electrónico dentro del término de cinco días hábiles siguientes a su recepción.</p>
MSST	<p style="text-align: center;">“ST-3” rechazado por CEST</p> <p>284. Rechaza dentro del término de cinco días hábiles siguientes a la recepción el “ST-3” en el Sistema Electrónico, o el “ST-3” manual y lo devuelve junto con el “Expediente clínico” mediante el “Oficio de envío de ST-3”. Especifica el o los motivos del rechazo a fin de que el MSST realice las modificaciones señaladas.</p> <p>285. Recibe por el Sistema Electrónico rechazo del “ST-3” u “Oficio de envío de ST-3” junto con el “Expediente clínico” y el “ST-3”, analiza el o los motivos del rechazo y realiza las modificaciones solicitadas el mismo día o a más tardar el día hábil siguiente a su recepción.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de la CEST	<ul style="list-style-type: none">• Para dictaminación electrónica Continúa en la actividad 239.• Para dictaminación manual Continúa en la actividad 258. <p style="text-align: center;">“ST-3” aprobado por CEST</p> <p>286. Aprueba dentro del término de cinco días hábiles siguientes a la recepción el “ST-3” en el Sistema Electrónico, o el “ST-3” manual y lo envía al CDST.</p> <ul style="list-style-type: none">• Para dictaminación electrónica Continúa en la actividad 242.• Para dictaminación manual Continúa en la actividad 263.
AUO de ST	<p style="text-align: center;">Fase 2</p> <p style="text-align: center;">Revaloración de incapacidad permanente</p> <p>287. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado citado para revaloración o enviado por el Médico tratante o que se presenta espontáneamente y le solicita:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud” y• Copia de la “Resolución de pensión” o• Estudios complementarios solicitados previamente por el MSST <p>Y sella de recibido estos últimos.</p> <p>288. Otorga cita dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción, registra en “Agenda de citas” manual y/o electrónica y “Cartilla nacional de salud” los datos requeridos, informa al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, fecha y hora de la cita con el MSST y presentarse con:</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>296. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en la que describe las actividades realizadas y los estudios complementarios solicitados. Entrega el “Expediente clínico” al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p>297. Recibe “Expediente clínico” y lo devuelve al ARIMAC.</p> <p>Continúa en la actividad 287.</p> <p style="text-align: center;">Expediente completo</p>
MSST	<p>298. Determina si persisten o no secuelas valuables.</p> <p style="text-align: center;">No persisten secuelas valuables</p> <p>299. Comunica al asegurado el resultado de la valoración y que en caso de no estar de acuerdo puede interponer el recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo.</p> <p>300. Indica al AUO de ST que elabore y envíe “Oficio de remisión de secuelas” para informar al Departamento de Pensiones Subdelegacional que el asegurado ya no presenta secuelas valuables.</p> <p>301. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con las actividades realizadas y entrega “Expediente clínico” al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p>302. Elabora y envía al Departamento de Pensiones Subdelegacional el “Oficio de remisión de secuelas”, marca copia al CDST y al asegurado.</p> <p>303. Entrega copia al asegurado, recaba acuse de recibo en el “Oficio de remisión de secuelas”, lo integra al “Expediente clínico” y devuelve “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Sí persisten secuelas valuables</p>
MSST	<p>304. Elabora el “ST-3” dentro del término de tres días hábiles siguientes a la fecha de cita con “Expediente clínico” completo, registra fecha de la</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>primera cita para dictaminación con “Expediente clínico” completo.</p> <p>NOTA: No se debe modificar la fecha de la primera cita para dictaminación con “Expediente clínico” completo durante el proceso de autorización del “ST-3”.</p> <p>305. Establece la magnitud de las secuelas y fundamenta para efecto de valuación con base en la Tabla de valuación de Incapacidad Permanente de la LFT, el porcentaje de la incapacidad órgano-funcional.</p> <p>306. Determina, tratándose de trabajador IMSS, si es procedente la aplicación de la <i>Tabla C del Artículo 4 del RJP</i>, 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 12) y selecciona la opción correspondiente en el campo <i>Se sugiere aplicar la Tabla “C” del art. 4 del RJP</i> del “ST-3”.</p> <p>307. Selecciona en el rubro de <i>carácter del dictamen</i> del “ST-3”, invariablemente la opción <i>definitivo</i> 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 definirá de acuerdo con los “Criterios para definir el carácter de la incapacidad permanente”, clave 3A21-018-003 (Anexo 13).</p> <p>308. Anota en el campo de <i>observaciones</i> del “ST-3”, la siguiente leyenda: <i>El presente dictamen modifica el elaborado en fecha _____, folio_____.</i></p> <p>Continúa en la actividad 231.</p> <p style="text-align: center;">Etapas IV Modificación de la dictaminación</p>
AUO de ST	<p>309. Determina las actividades a realizar de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>Modalidad A. Modificación por “Resolución del Consejo Consultivo”</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>Continúa en la actividad 310.</p> <p>Modalidad B. Modificación al diagnóstico de calificación</p> <p>Continúa en la actividad 322.</p> <p>Modalidad C. Rectificación</p> <p>Continúa en la actividad 333.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad A Modificación por “Resolución del Consejo Consultivo”</p> <p>310. Recibe de la Dirección de la Unidad Médica la “Resolución del Consejo Consultivo” que resuelve recalificación del “ST-7” o “ST-8” o modificación del “ST-3”.</p> <p>311. Localiza al asegurado vía telefónica, verifica la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y registra cita en los siguientes tres días hábiles a la recepción de la “Resolución del Consejo Consultivo”.</p> <p>NOTA: Agenda cita preferentemente con un MSST diferente al que realizó el dictamen que generó inconformidad.</p> <p>312. Indica al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado que debe presentarse en el servicio de Salud en el Trabajo con el original del “ST-7”, “ST-8” o “ST-3”.</p> <p>313. Solicita “Expediente clínico” al ARIMAC, el día previo a la cita con el MSST, integra la “Resolución del Consejo Consultivo” y obtiene una copia del “ST-7” o “ST-8”, según sea el caso.</p> <p>314. Elabora y envía al servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad, tres tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11), con los citados del día, en caso de recalificación del “ST-7” o “ST-8”. Archiva acuse de recibido de manera definitiva y cronológica.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p style="text-align: center;">o</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>El presente dictamen se elabora en cumplimiento a Resolución N° _____ del Consejo Consultivo de fecha _____.</p> </div> <p>320. Solicita cancelación del “ST-7” o “ST-3” capturado en el Sistema Electrónico, de acuerdo con los “Criterios para el uso del MEST”.</p> <p>NOTA: Los “Criterios para el uso del MEST” los emite la Coordinación de Salud en el Trabajo.</p> <p>321. Realiza actividades de acuerdo con el dictamen que corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dictaminación “ST-7” Continúa en la actividad 79. • Dictaminación “ST-8” Continúa en la actividad 207. • Dictaminación “ST-3” Continúa en la actividad 231. <p>NOTA: En trabajadores del campo o jornaleros agrícolas y de unidades foráneas se recalificará el caso y enviará dos tantos del formato “ST-7” o “ST-8” calificado al Médico tratante de la Unidad IMSS Bienestar o foránea, para que éste entregue un tanto al trabajador y glose un tanto en el “Expediente Clínico”.</p>
MSST, CCST, Jefe de la CEST o CDST	<p style="text-align: center;">Modalidad B</p> <p style="text-align: center;">Modificación al diagnóstico de calificación</p> <p>322. Identifica que en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-7” o “ST-8” existe alguna de las siguientes inconsistencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico(s) nosológico(s) incompleto(s) o • Diagnóstico(s) nosológico(s) erróneo(s) o • Diagnóstico(s) nosológico(s) calificado(s)



Responsable	Descripción de actividades
MSST, CCST, Jefe de la CEST o CDST	<p>diferente(s) al actual y que está relacionado con el accidente de trabajo calificado</p> <p>323. Solicita al AUO de ST el “Expediente clínico” y que obtenga dos copias del “ST-7” o “ST-8”.</p>
AUO de ST	<p>324. Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC, obtiene dos copias del “ST-7” o “ST-8” y lo entrega al MSST, CCST, Jefe de la CEST o CDST.</p>
MSST, CCST, Jefe de la CEST o CDST	<p>325. Recibe el “Expediente clínico” con dos originales y dos copias del “ST-7” o “ST-8”.</p> <p>326. Anota en el apartado de <i>Observaciones posteriores a la fecha de calificación</i> del “ST-7” 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 todos los tantos.</p>
MSST	<p>NOTA: No debe realizar tachaduras en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-7” o “ST-8”.</p> <p>327. Recaptura en el Sistema Electrónico el “ST-7” con la información correcta y solicita la cancelación del dictamen incorrecto capturado previamente de acuerdo con los “Criterios para el uso del MEST”.</p> <p>328. Realiza “Nota de Salud en el Trabajo” con las actividades realizadas y describe “Notas médicas” y/o “Resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete” que sustenten modificación al diagnóstico.</p>
MSST	<p>329. Integra al “Expediente clínico” cuatro tantos del “ST-7” o “ST-8” modificados y lo entrega al AUO de ST.</p>
AUO de ST	<p>330. Localiza al asegurado vía telefónica y le indica que él o su beneficiario, familiar o representante debe presentarse en el servicio de Salud en el Trabajo con el original del “ST-7” o “ST-8”.</p> <p>331. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, le solicita el original del “ST-7” o “ST-8” y le entrega dos tantos del “ST-7” o “ST-8” con la modificación al diagnóstico, uno para el asegurado y otro para entregarlo al patrón.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>332. Devuelve “Expediente clínico” al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad C Rectificación</p>
MSST, CCST, Jefe de la CEST o CDST	<p>333. Identifica que en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-7” o “ST-8” calificado, existe error en el <i>tipo de riesgo</i> o en la calificación <i>Sí o No de trabajo</i>.</p> <ul style="list-style-type: none">• Error identificado por MSST <p>Continúa en la actividad 334.</p> <ul style="list-style-type: none">• Error identificado por personal de confianza <p>Continúa en la actividad 346.</p> <p style="text-align: center;">Error identificado por MSST</p>
MSST	<p>334. Solicita autorización para realizar la rectificación del dictamen mediante “Oficio de solicitud de rectificación” al personal de confianza de Salud en el Trabajo de acuerdo con la cadena de autorización en el OOAD, enunciando los motivos de rectificación.</p>
CCST, Jefe de la CEST o CDST	<p>335. Recibe “Oficio de solicitud de rectificación” y emite “Oficio de respuesta de rectificación” dirigido al MSST solicitante.</p>
MSST	<p>336. Recibe “Oficio de respuesta de rectificación”, solicita al AUO de ST el “Expediente clínico” y obtenga dos copias del “ST-7” o “ST-8”.</p>
AUO de ST	<p>337. Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC, obtiene dos copias del “ST-7” o “ST-8” y los entrega al MSST.</p>
MSST	<p>338. Recibe el “Expediente clínico” con dos originales y dos copias del “ST-7” o “ST-8” e integra el “Oficio de solicitud de rectificación” y el “Oficio de respuesta de rectificación” o “Minuta de trabajo”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>339. Anota en el apartado de <i>Observaciones posteriores a la fecha de calificación</i> del “ST-7” o “ST-8”, en todos los tantos, la corrección del tipo de riesgo o calificación y el motivo, registra su nombre completo, puesto de trabajo y estampa su firma autógrafa en todos los tantos.</p> <p>NOTA: No debe realizar tachaduras en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-7” o “ST-8”.</p>
AUO de ST	<p>340. Solicita la cancelación del “ST-7” capturado en Sistema Electrónico y reelabora con la información correcta de acuerdo con los “Criterios para el uso del MEST”.</p> <p>341. Elabora y envía al servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad, tres tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11), con los citados del día. Archiva acuse de recibido de manera definitiva y cronológica.</p> <p>342. Recibe del servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad, dos tantos de la “Relación de solicitud y entrega de OCITT”, clave 3A21-009-048 (Anexo 11) junto con los “OCITT” iniciales y lo turna al MSST. Devuelve un tanto con el sello de recibido y archiva el otro tanto en minutarario de manera definitiva y cronológica.</p> <p>343. Localiza al asegurado vía telefónica, registra cita en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y le indica que él o su beneficiario, familiar o representante debe presentarse en el servicio de Salud en el Trabajo con el original del “ST-7” o “ST-8”.</p> <p>344. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado y le indica espere para ser atendido por el MSST.</p>
MSST	<p>345. Realiza actividades de acuerdo con el dictamen modificado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dictamen “ST-7” <p>Continúa en la actividad 79.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>CCST, Jefe de la CEST o CDST</p> <p>AUO de ST</p> <p>CCST, Jefe de la CEST o CDST y MSST</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dictamen “ST-8” <p>Continúa en la actividad 207.</p> <p>Error identificado por personal de confianza</p> <p>346. Identifica que en el apartado de <i>Dictamen de calificación</i> del “ST-7” o “ST-8”, existe error en el <i>tipo de riesgo</i> o en la calificación <i>Sí de trabajo o No de trabajo</i>.</p> <p>347. Solicita el “Expediente clínico” al AUO de ST y que obtenga dos copias del “ST-7” o “ST-8”.</p> <p>348. Solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC, obtiene dos copias del “ST-7” o “ST-8” y lo entrega al CCST, Jefe de la CEST o CDST.</p> <p>349. Reciben el “Expediente clínico” con dos originales y dos copias del “ST-7” o “ST-8” y analizan el caso en conjunto.</p> <p>350. Elabora “Minuta de trabajo”, especifica las modificaciones a la calificación y las actividades que debe realizar el MSST. Determina si el MSST está de acuerdo o no con la modificación.</p> <p>MSST está de acuerdo con la modificación</p> <p>Continúa con la actividad 338.</p> <p>MSST no está de acuerdo con la modificación</p> <p>351. Anota en el apartado de <i>Observaciones posteriores a la fecha de calificación</i> del “ST-7” 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 todos los tantos.</p> <p>NOTA: No debe realizar tachaduras en el apartado de <i>Dictamen</i> del “ST-7” o “ST-8”.</p>
<p>MSST</p>	<p>352. Realiza actividades de acuerdo con la “Minuta de trabajo”.</p> <p>Continúa en la actividad 340.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p style="text-align: center;">Etapa V Cierre de casos</p> <p>353. Realiza las actividades de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none">• Modalidad A. Seguimiento de casos calificados e identificación de casos con probables secuelas <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 354.</p> <ul style="list-style-type: none">• Modalidad B. Manejo administrativo del “ST-5” de dictámenes manuales <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 377.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad A Seguimiento de casos calificados e identificación de casos con probables secuelas</p> <p style="text-align: center;">Fase 1 Seguimiento de casos calificados</p> <p>354. Determina con la “Base de datos” si tiene “ST-2”.</p> <ul style="list-style-type: none">• Con “ST-2” <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 355.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sin “ST-2” <p style="padding-left: 40px;">Continúa en la actividad 364.</p> <p style="text-align: center;">Con “ST-2”</p> <p>355. Recibe el “ST-2” del asegurado, beneficiario, familiar, representante del asegurado o asistente médica, lo registra en la “Base de datos” y lo entrega al MSST.</p>
MSST	<p>356. Recibe y verifica en el “ST-2” que la fecha de inicio de labores sea correcta de acuerdo con el NSSA. En los casos con “ST-7” o “ST-8” manual, completa la información de la tarjeta de “ST-5” y revisa el correcto codificado de la misma.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST AUO de ST	<p style="text-align: center;">“ST-2” correcto</p> <p>357. Verifica en el Sistema Electrónico que el “ST-2” se encuentre asociado al “ST-1” correspondiente. Cuando se elaboró el “ST-2” en un formato manual, lo captura en el Sistema Electrónico y entrega al AUO de ST para entregarlo al ARIMAC.</p> <p>358. Recibe los “ST-2” y entrega al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p>
MSST AUO de ST	<p style="text-align: center;">“ST-2” incorrecto</p> <p>359. 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>360. Imprime el “ST-2” tres tantos y entrega al AUO de ST para localizar al asegurado. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” con las acciones realizadas.</p> <p>361. Localiza al asegurado vía telefónica y le indica que él o algún representante se presenten en el servicio de Salud en el Trabajo para recoger el “ST-2” corregido.</p> <p>362. Recibe al asegurado, beneficiario, familiar o representante del asegurado, solicita firma de recibido en los tres tantos del “ST-2” y le entrega dos, uno para el asegurado y otro para el patrón.</p> <p>363. Entrega el tercer tanto del “ST-2” con firma de recibido del asegurado al ARIMAC.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Sin “ST-2”</p> <p>364. Identifica quincenalmente en la “Base de datos” los casos calificados <i>sin ST-2</i> y lo informa al MSST mediante “Listado de casos sin ST-2”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p>365. 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> <p>Sí continúa con incapacidad temporal para el trabajo</p> <p>366. Revisa “Notas médicas” del Sistema Electrónico e identifica si el diagnóstico de la incapacidad está relacionado con el accidente de trabajo calificado.</p> <p>El diagnóstico no está relacionado con el accidente de trabajo</p> <p>367. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el “Expediente clínico” y sugiere al Médico tratante otorgar el “ST-2” y continuar la atención médica del asegurado por enfermedad general.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p>El diagnóstico está relacionado con el accidente de trabajo</p> <p>368. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el “Expediente clínico” y sugiere al Médico tratante valorar el alta del asegurado que rebasa los días probables de recuperación. Ingresar el caso al <i>Comité para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo</i>, 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 con la actividad 364.</p>



Responsable	Descripción de actividades
MSST	<p data-bbox="678 275 1380 344">No continúa con incapacidad temporal para el trabajo</p> <p data-bbox="630 386 1433 455">369. Identifica el número de días naturales transcurridos después del último día subsidiado.</p> <p data-bbox="646 497 1417 567">Menos de 21 días sin incapacidad temporal para el trabajo</p> <p data-bbox="630 609 1433 714">370. Deja pendiente el cierre del caso hasta que cuente con veintiún días sin incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p data-bbox="703 751 1114 783">Continúa en la actividad 354.</p> <p data-bbox="630 825 1433 894">Igual o más de 21 días sin incapacidad temporal para el trabajo</p> <p data-bbox="630 936 1433 1150">371. Realiza “ST-2” en el Sistema Electrónico y “Nota de Salud en el Trabajo”, imprime un tanto del “ST-2” y entrega al AUO de ST para entregarlo al ARIMAC. En los casos de “ST-7” o “ST-8” manuales, completa la información de la tarjeta de “ST-5” y revisa el correcto codificado de la misma.</p> <p data-bbox="979 1192 1081 1224">Fase 2</p> <p data-bbox="670 1230 1390 1262">Identificación de casos con probables secuelas</p> <p data-bbox="630 1304 1433 1444">372. Consulta las “Notas médicas” del Sistema Electrónico asociadas al accidente de trabajo, en los casos que fueron dados de alta y determina si sospecha de secuelas valiables.</p> <p data-bbox="833 1486 1222 1518">No sospecha de secuelas</p> <p data-bbox="703 1560 1352 1591">Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p data-bbox="865 1644 1190 1675">Sí sospecha secuelas</p> <p data-bbox="630 1717 1433 1858">373. Solicita al AUO de ST contactar al asegurado vía telefónica, para otorgarle cita al servicio de Salud en el Trabajo y valorar si existen secuelas valiables.</p>



Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST	<p>374. Contacta vía telefónica al asegurado para otorgarle cita dentro de los tres días hábiles siguientes, la registra en la “Agenda de citas” manual y/o electrónica y le indica que debe presentarse con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Original y copia de la “Identificación oficial” del asegurado,• “ST-7” copia,• “ST-8”, en su caso, copia,• “ST-2”, relacionados con el accidente de trabajo copia,• “Notas médicas” relacionados con el accidente de trabajo que tenga en su poder,• “Resultados de laboratorio y/o gabinete” relacionados con el accidente de trabajo,• Último “Tarjetón de pago”, en caso de trabajadores IMSS,• “Acta de defunción” copia certificada, cuando el trabajador hubiera fallecido posterior a la calificación. <p>Sí se contacta vía telefónica al asegurado</p> <p>Continúa en la actividad 211.</p> <p>No se contacta vía telefónica al asegurado</p>
MSST	<p>375. Elabora “Nota de Salud en el Trabajo” en el “Expediente clínico” en la que explica que se intentó localizar al asegurado vía telefónica sin éxito.</p> <p>376. Elabora y envía a Trabajo Social “Memorándum interno para solicitar reintegración a tratamiento médico-social” e informe al trabajador la fecha y hora de la cita en que debe presentarse al servicio de Salud en el Trabajo para su valoración con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Original y copia de la “Identificación oficial” del asegurado,• “ST-7” copia,• “ST-8”, en su caso, copia,



Responsable	Descripción de actividades
<p>MSST</p> <p>AUO de ST</p> <p>MSST</p> <p>AUO de ST</p> <p>CDST</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “ST-2”, relacionados con el accidente de trabajo copia, • “Notas médicas” relacionados con el accidente de trabajo, • “Resultados de laboratorio y/o gabinete” relacionados con el accidente de trabajo, • Último “Tarjetón de pago”, en caso de trabajadores IMSS, • “Acta de defunción” copia certificada, cuando el trabajador hubiera fallecido posterior a la calificación. <p>Continúa en la actividad 211.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad B Manejo administrativo del “ST-5” de dictámenes manuales</p> <p>377. Codifica el “ST-5” del “ST-7” y “ST-8” en casos calificados como <i>Sí de trabajo</i> o <i>Sí de trabajo</i> en trayecto o “ST-3” y lo entrega al AUO de ST.</p> <p>378. Archiva temporalmente por número de seguridad social el “ST-5”, de los “ST-7” y “ST-8” pendientes de alta.</p> <p>379. Extrae del archivo temporal el “ST-5” de los casos “ST-7” o “ST-8” que ya cuentan con “ST-2” y la entrega al MSST.</p> <p>380. Recibe el “ST-5”, coloca la fecha de alta, concluye su llenado y lo entrega al AUO de ST.</p> <p>381. Recibe el “ST-5” con “ST-7”, “ST-8” o “ST-3”, elabora “Oficio de envío de ST-5” dirigido al CDST con el listado nominal de los casos cerrados, indica el folio del “ST-5”, número de seguridad social y nombre del asegurado.</p> <p>382. Turna el “Oficio de envío de ST-5” al MSST para su revisión, recaba firma del Director de la Unidad y lo envía al CDST junto con los “ST-5”.</p> <p>383. Recibe del Director de la Unidad el “Oficio de envío de ST-5” junto con los “ST-5”. En caso de dudas aclara con el MSST que envía.</p>



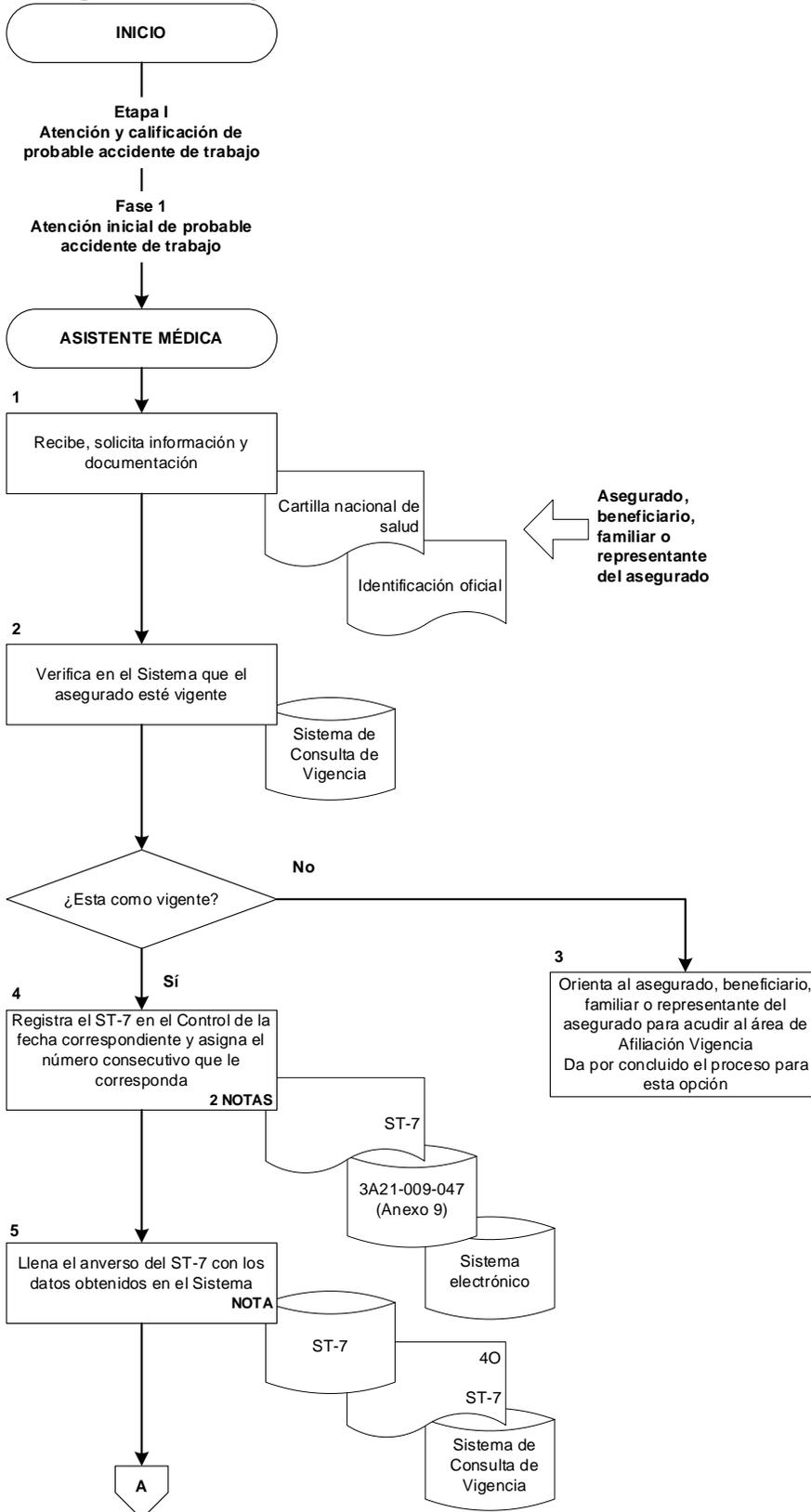
Responsable	Descripción de actividades
CDST Coordinador Delegacional de Informática	<p>384. Concentra los “ST-5” del OOAD y envía el día viernes por “Oficio de envío de ST-5” a la Coordinación Delegacional de Informática de acuerdo con el “Calendario RT-1100 Casos de Riesgos de Trabajo Proceso de Tarjetas ST-5” vigente, para su inclusión en el Sistema SUI-55/ST-5 (Sistema Manual).</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>385. Recibe “Oficio de envío de ST-5” que contiene el listado nominal con los “ST-5”, indica su captura al personal responsable y verifica si existen inconsistencias.</p> <p>386. Genera “Listado MTRA9I” de forma semanal y “Listado MTRA60” de manera quincenal, de acuerdo con el “Calendario RT-1100 Casos de Riesgos de Trabajo Proceso de Tarjetas ST-5”.</p> <p>387. Elabora “Oficio de devolución de ST-5” dirigido al CDST con los “ST-5” capturados y no capturados por inconsistencias junto con el “Listado MTRA9I” de forma semanal y el “Listado MTRA60” de manera quincenal.</p>
CDST	<p>388. Recibe de la Coordinación Delegacional de Informática los “ST-5” capturados y no capturados por inconsistencias junto con el “Listado MTRA9I” de forma semanal y el “Listado MTRA60” de manera quincenal.</p> <p>389. Envía por “Oficio de devolución ST-5” al servicio de Salud en el Trabajo: “Listado MTRA9I”, “Listado MTRA60” y los “ST-5”, capturados para su resguardo y no capturados por inconsistencias para su corrección.</p>
AUO de ST	<p>390. Recibe del CDST el “Oficio de devolución de ST-5” con el “Listado MTRA9I” y “Listado MTRA60”. Separa los “ST-5” capturados y no capturados.</p>

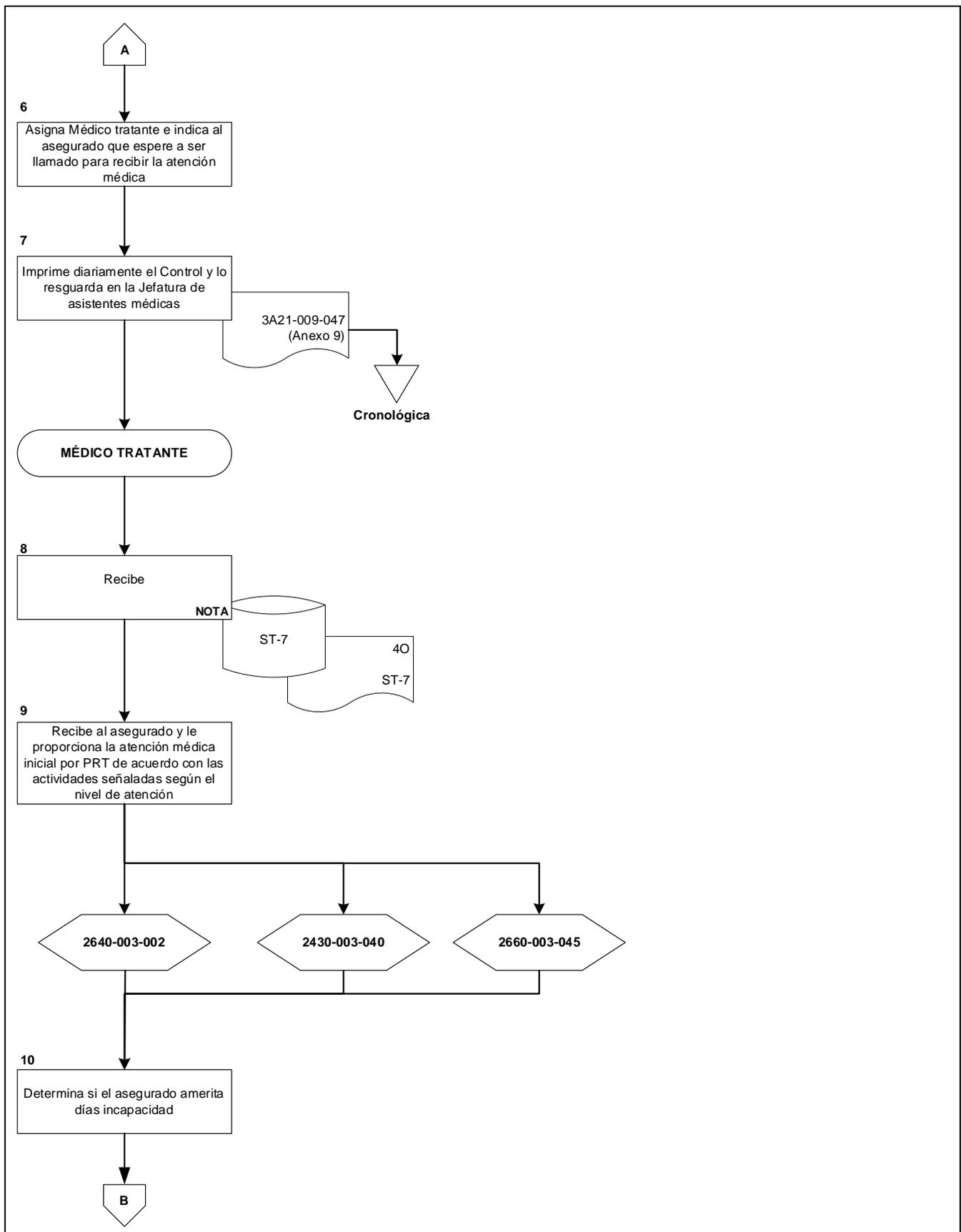


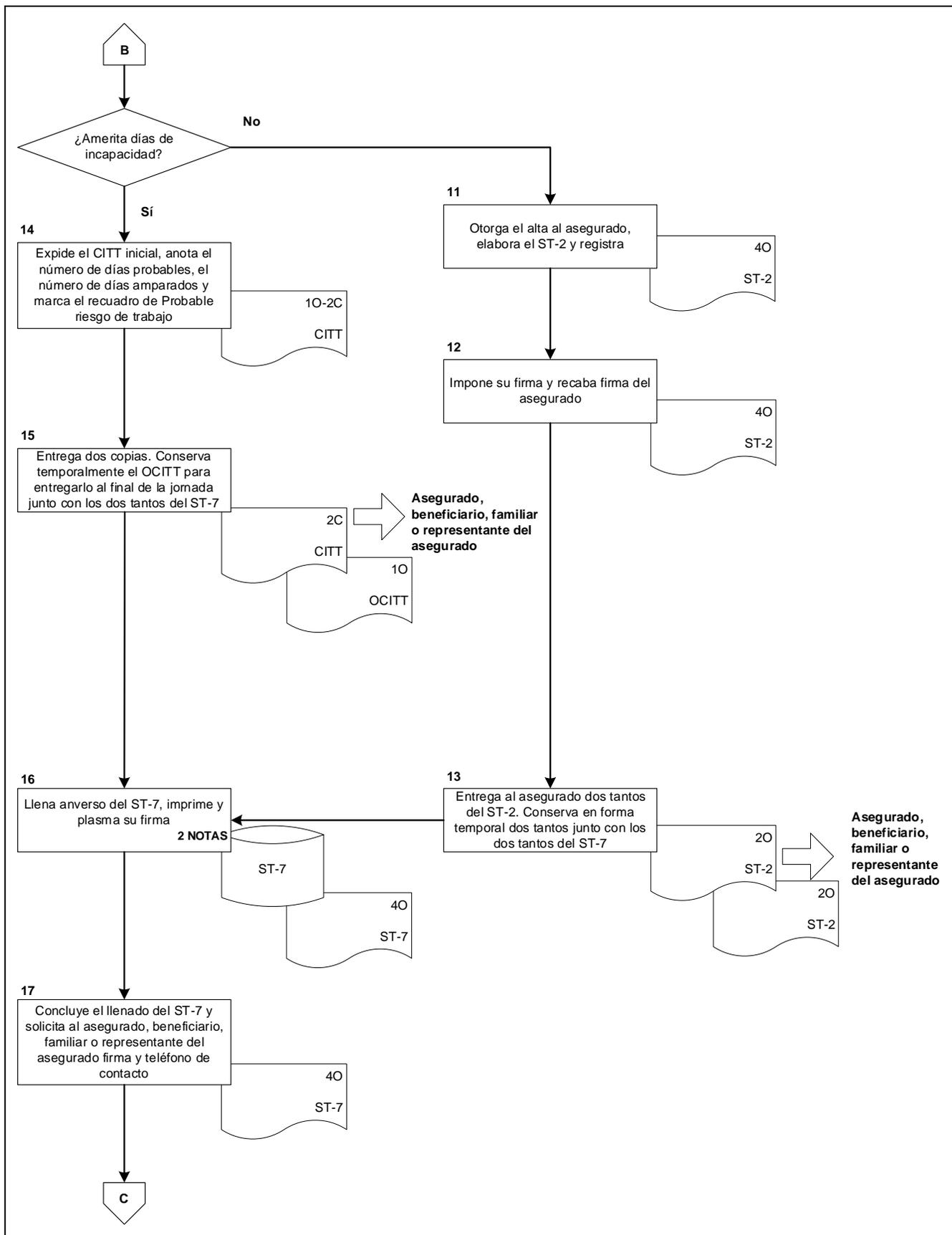
Responsable	Descripción de actividades
AUO de ST MSST	<p style="text-align: center;">“ST-5” no capturados</p> <p>391. Entrega al MSST el “Listado MTRA9I”, “Listado MTRA60” y las tarjetas “ST-5” no capturadas.</p> <p>392. Recibe “Listado MTRA9I”, “Listado MTRA60” y “ST-5” con inconsistencias, las corrige en un término no mayor a tres días hábiles a partir de su recepción y entrega el “ST-5” al AUO de ST.</p> <p>Continúa en la actividad 381.</p>
AUO de ST	<p style="text-align: center;">“ST-5” capturados</p> <p>393. Entrega los “ST-5” al ARIMAC para integrarlo al “Expediente clínico”.</p> <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p>

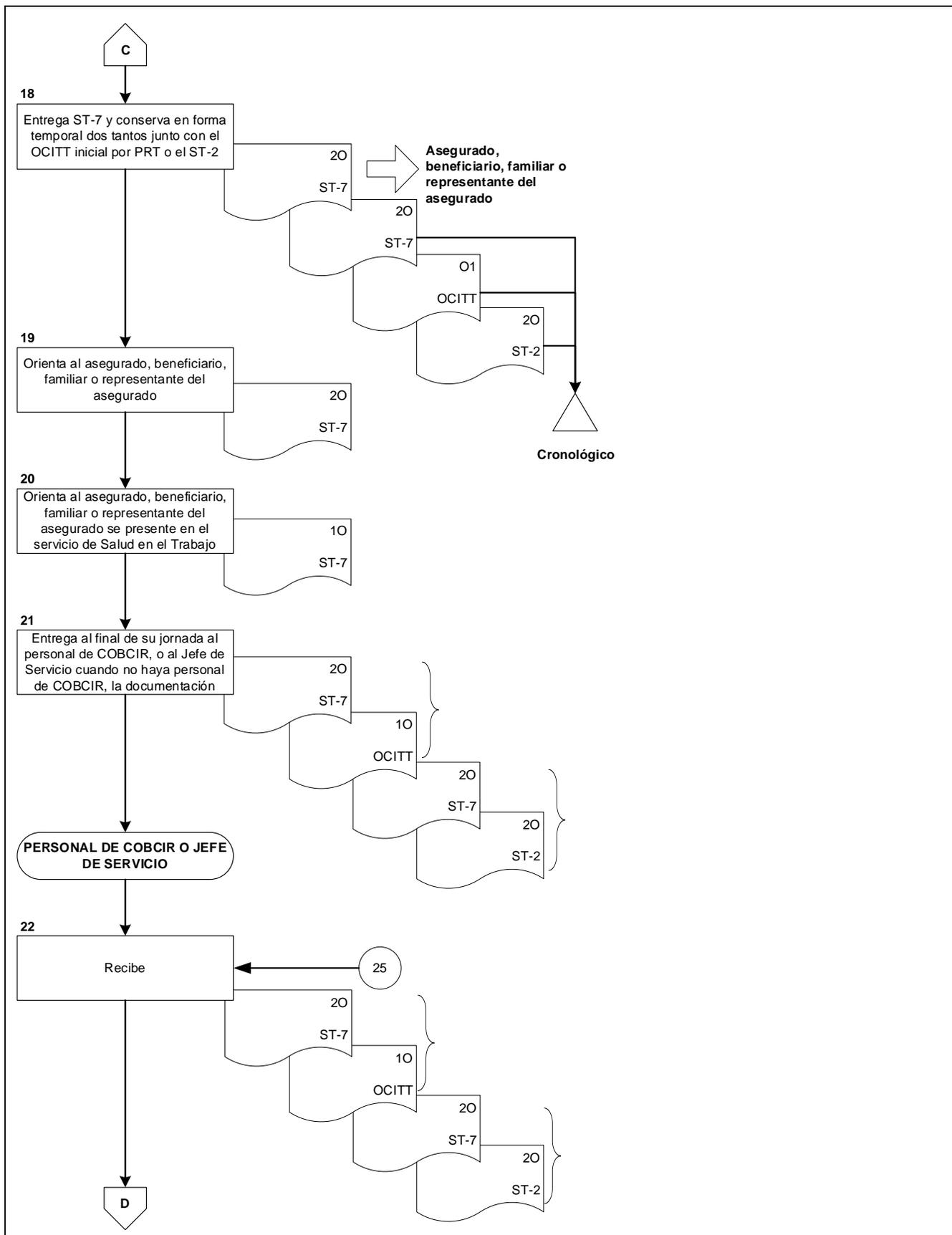


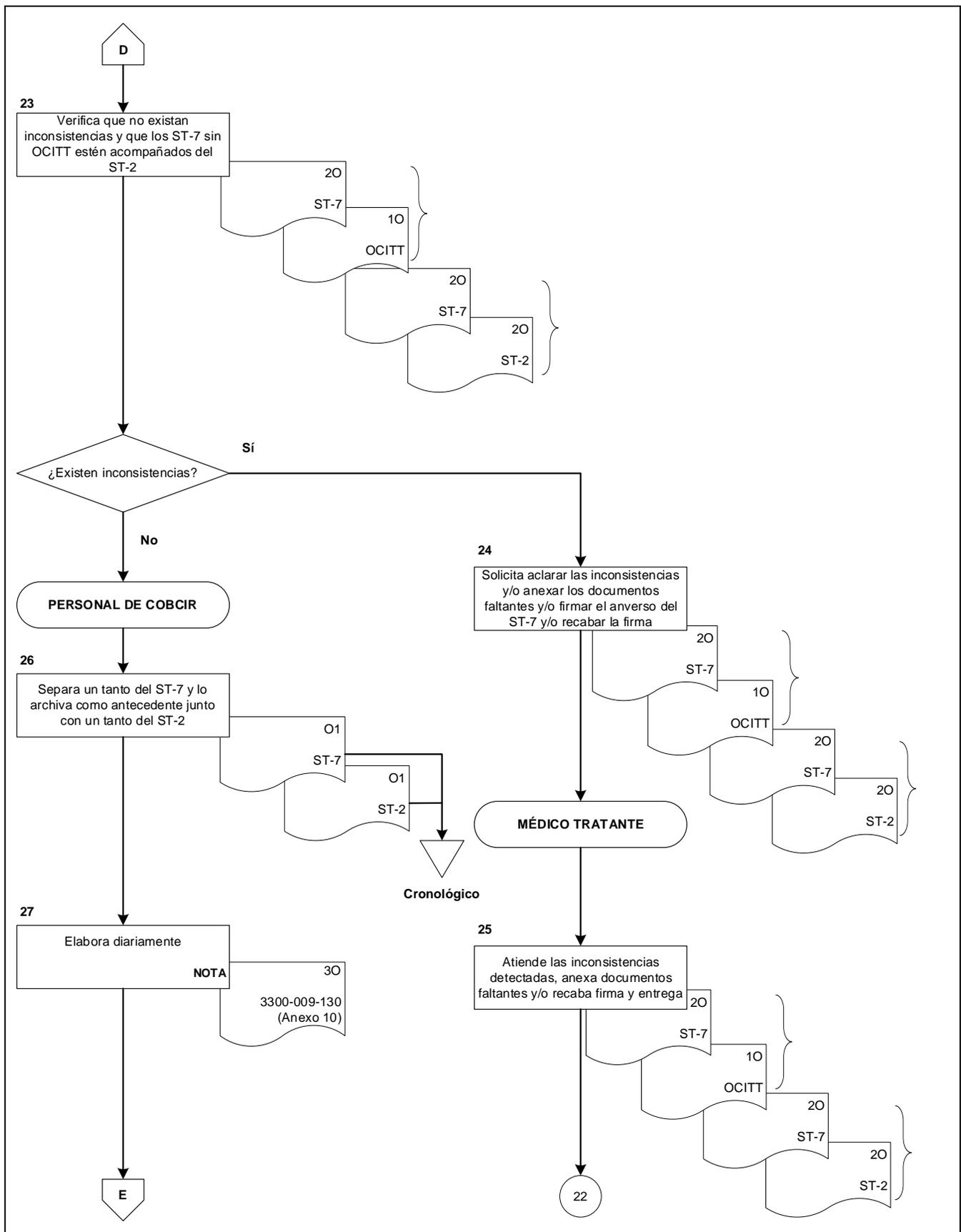
7 Diagrama de flujo

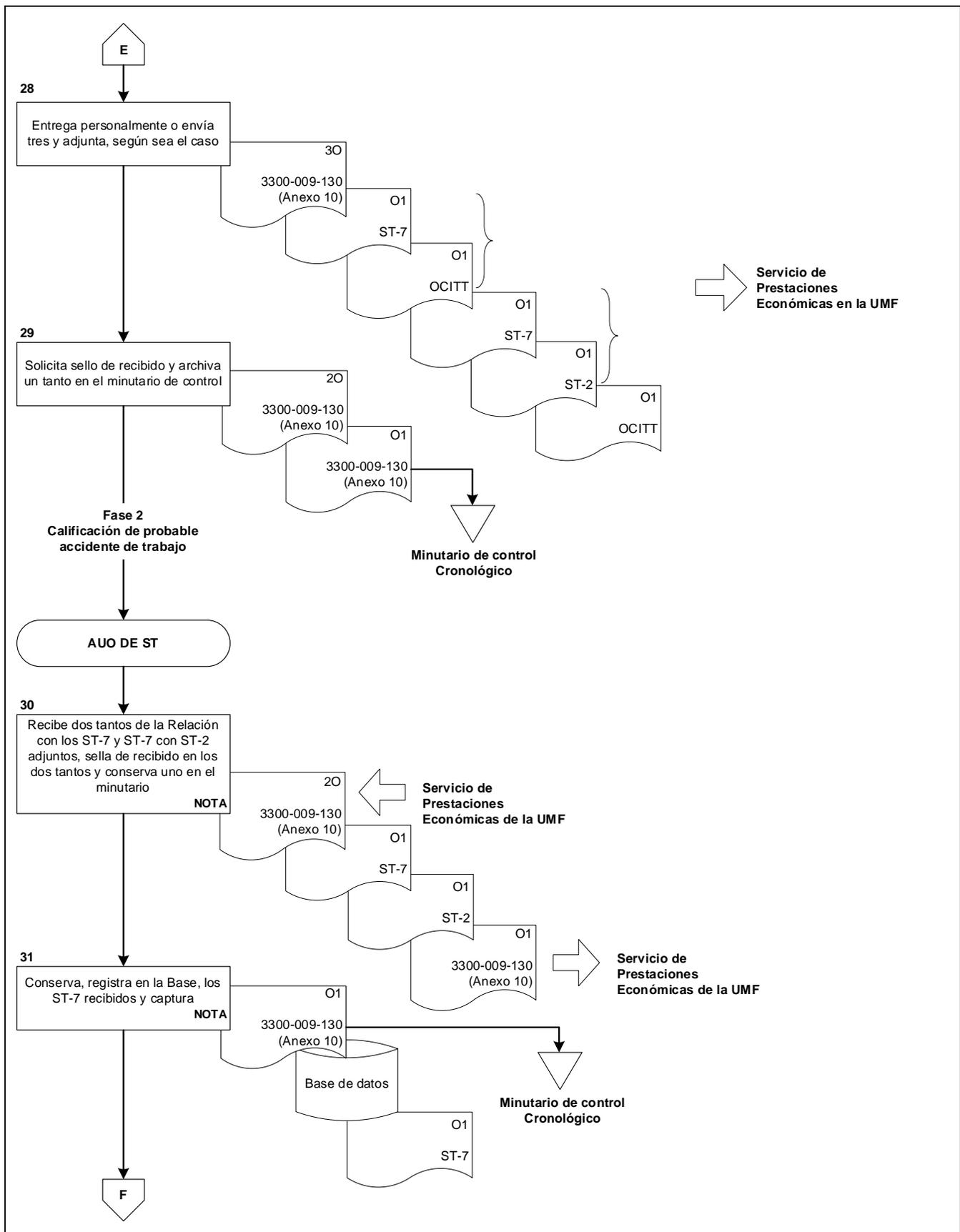


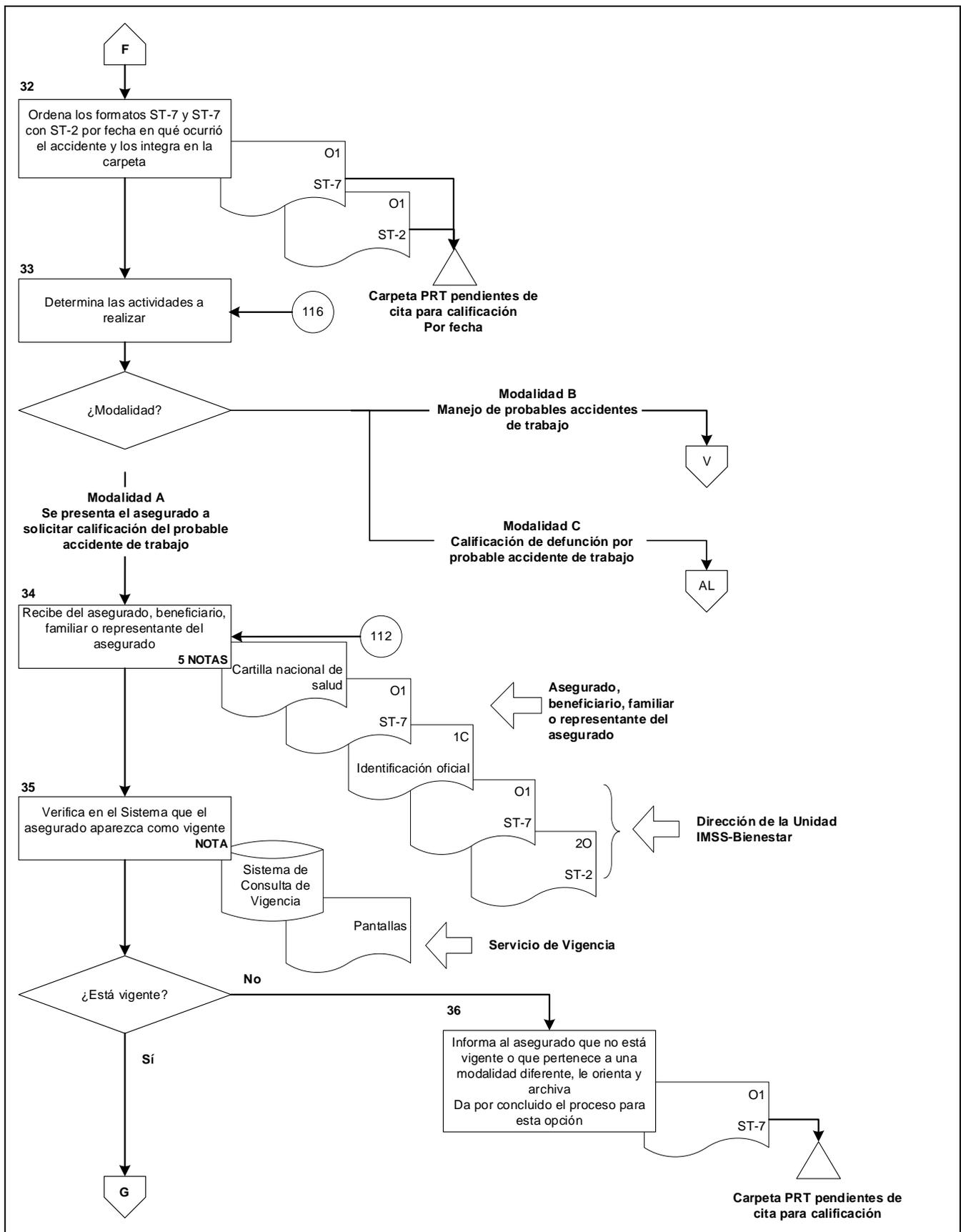


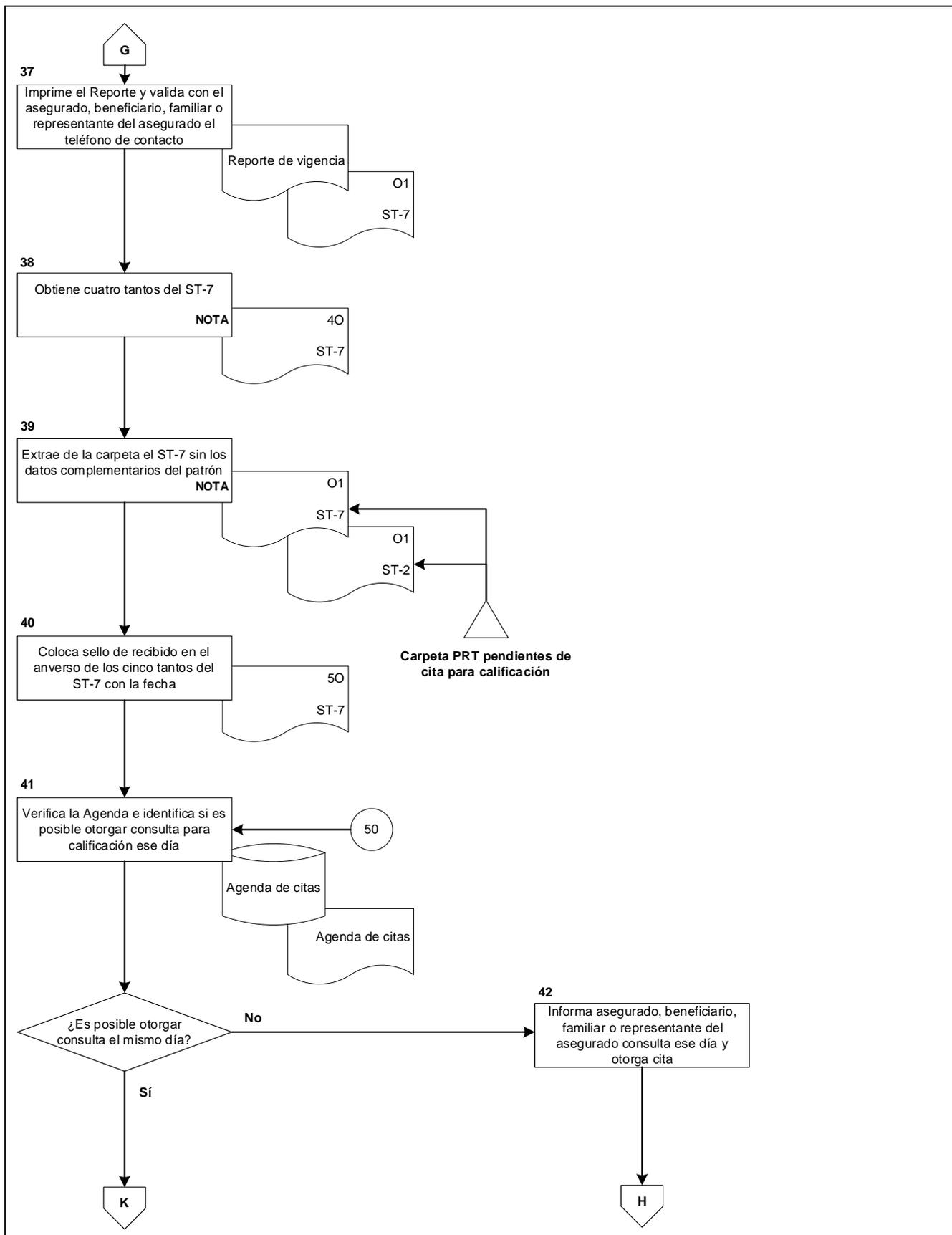


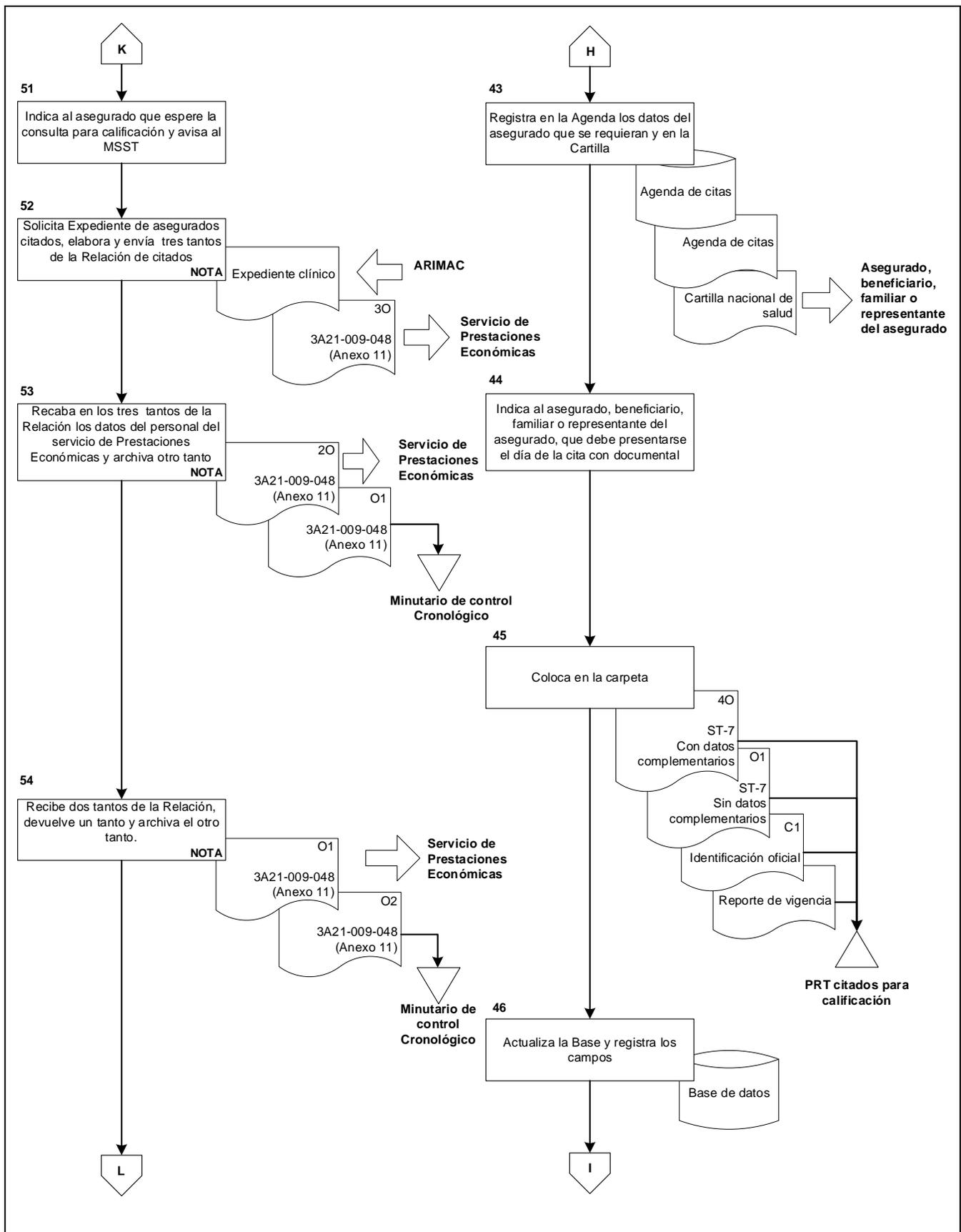


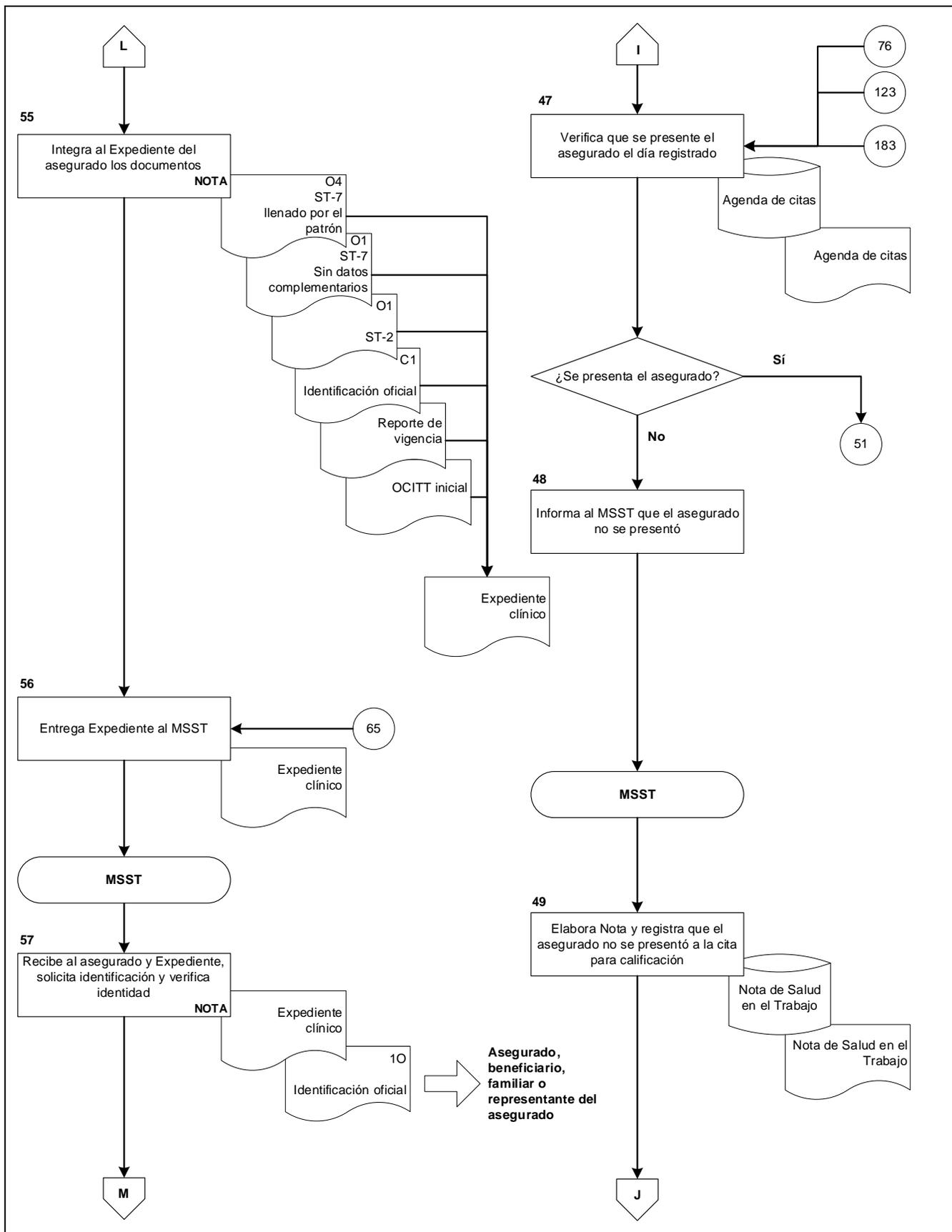


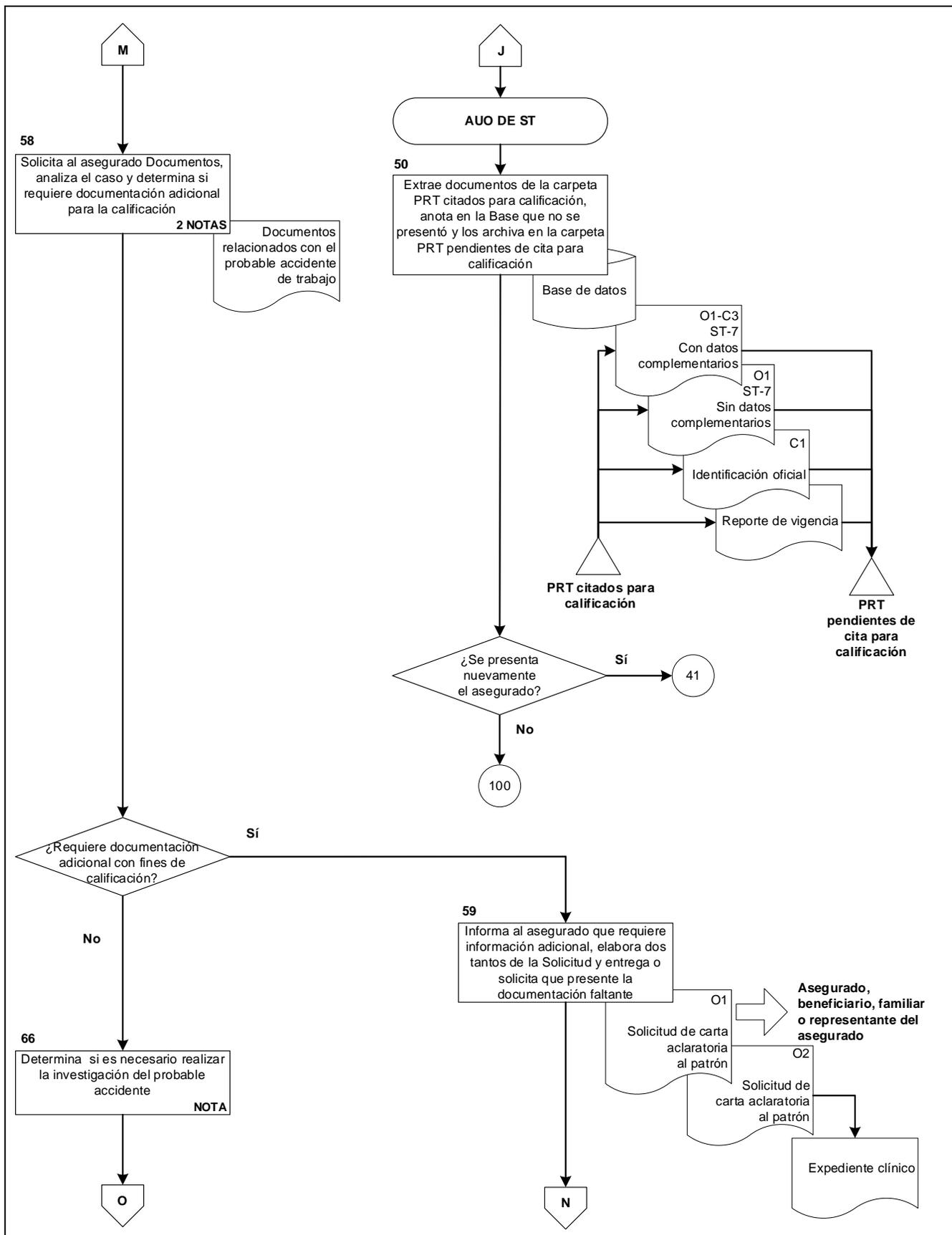


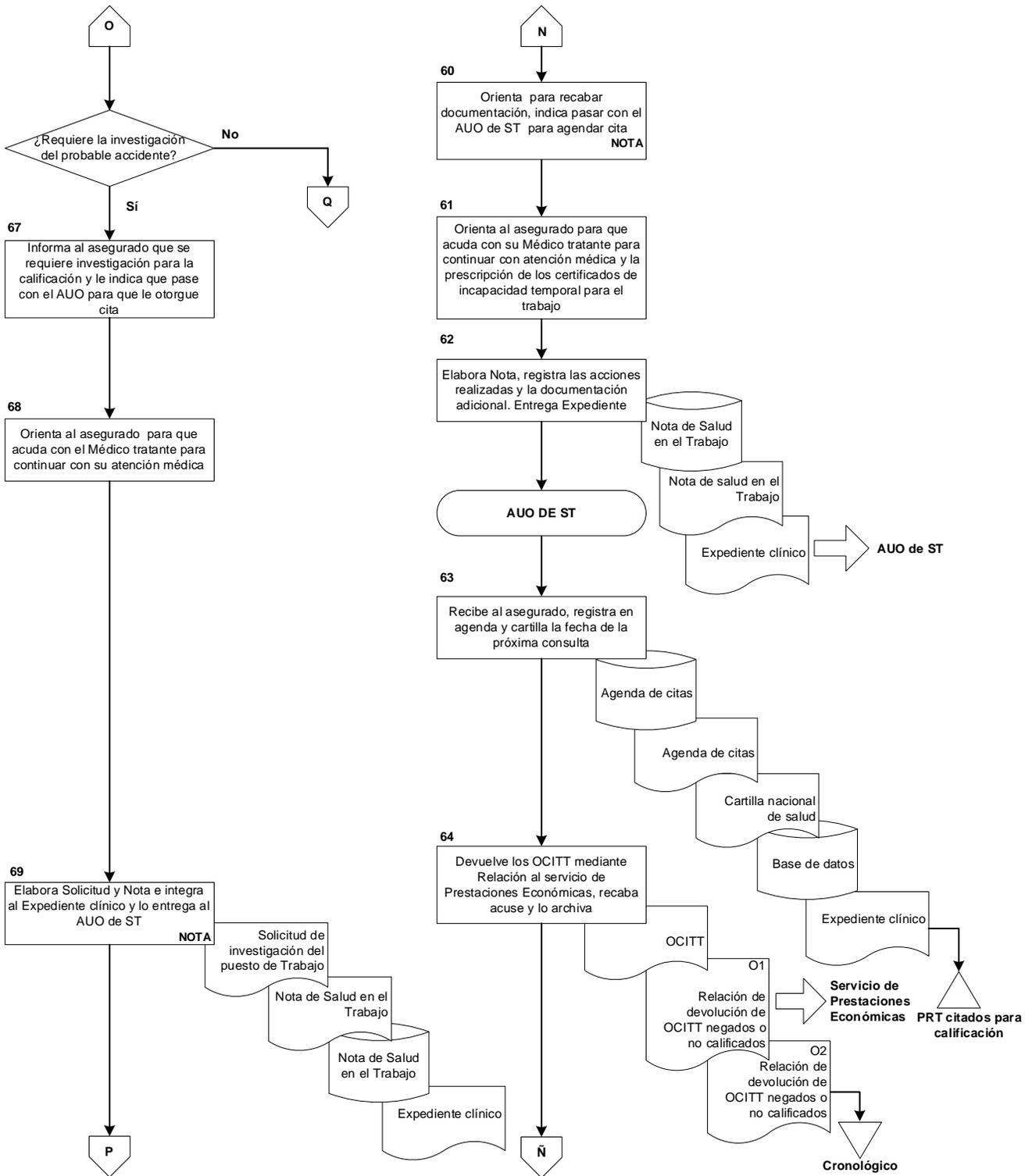


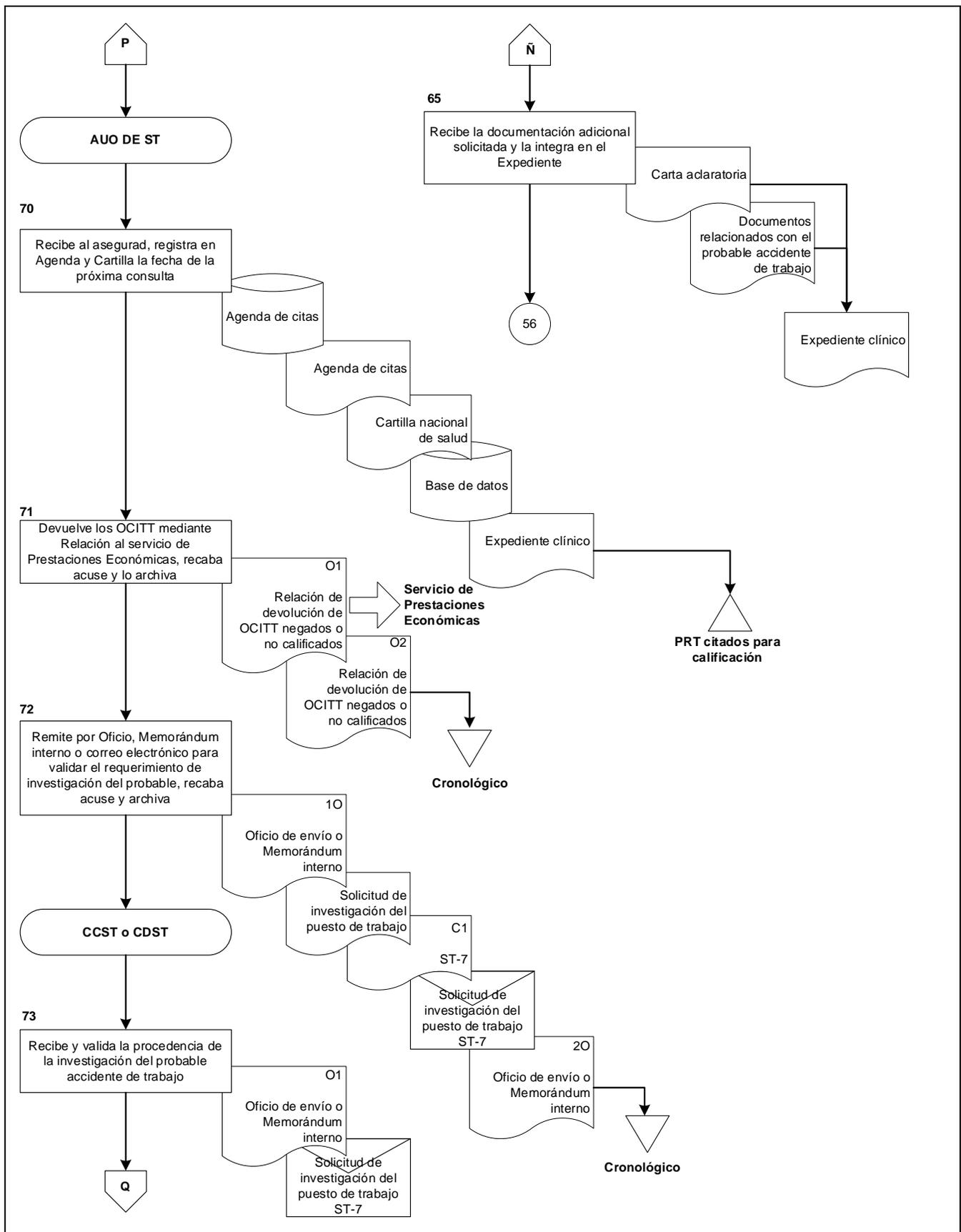


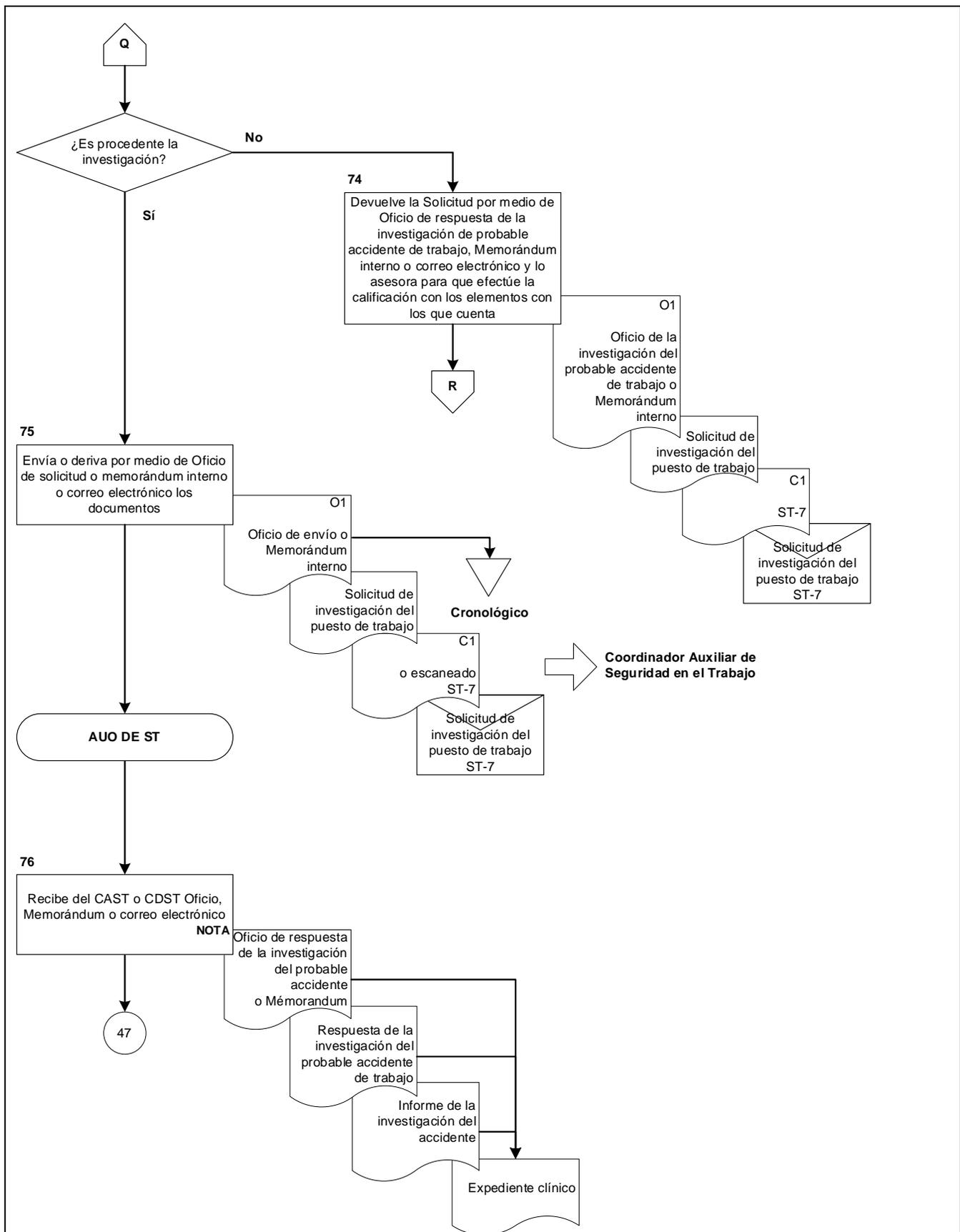


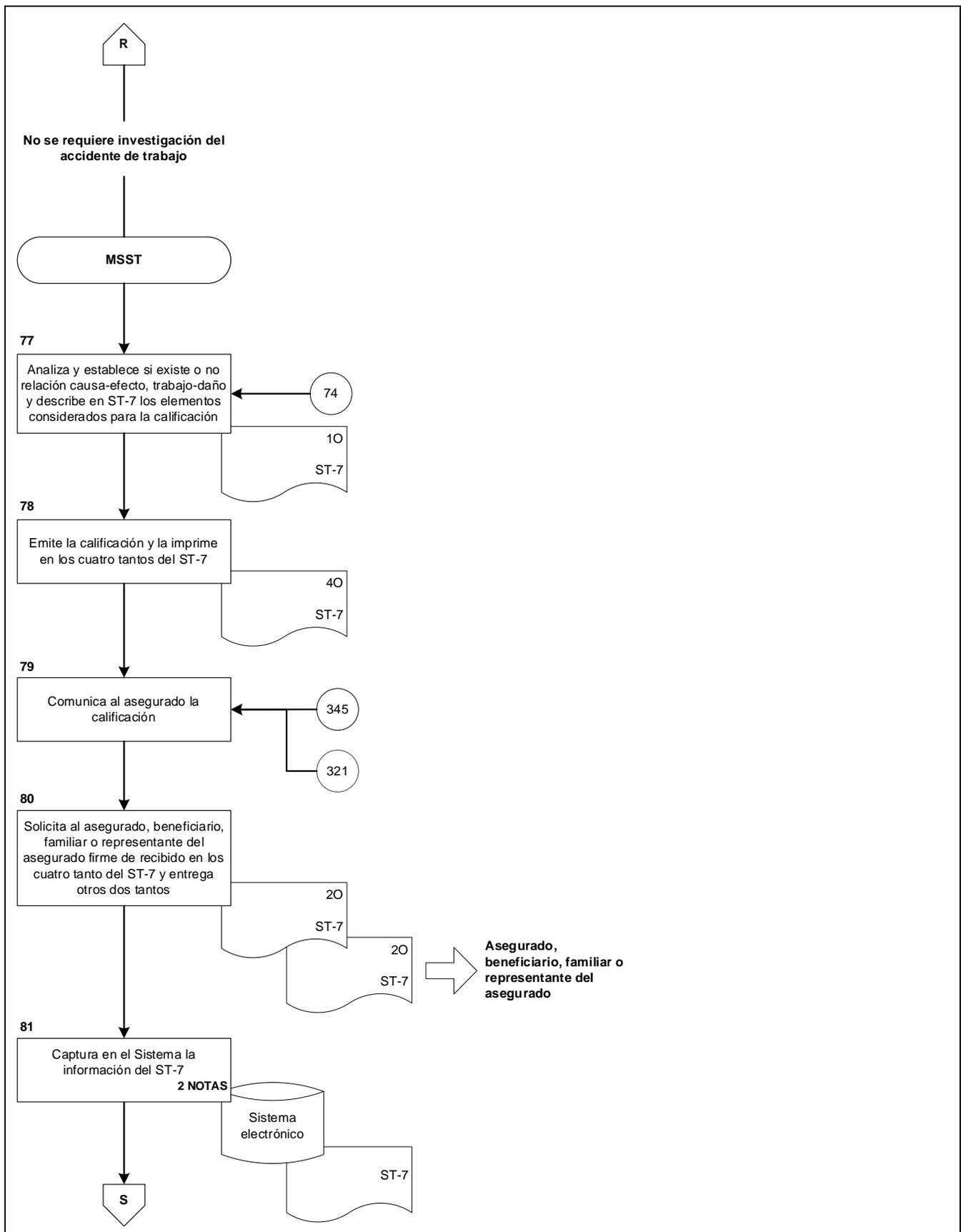


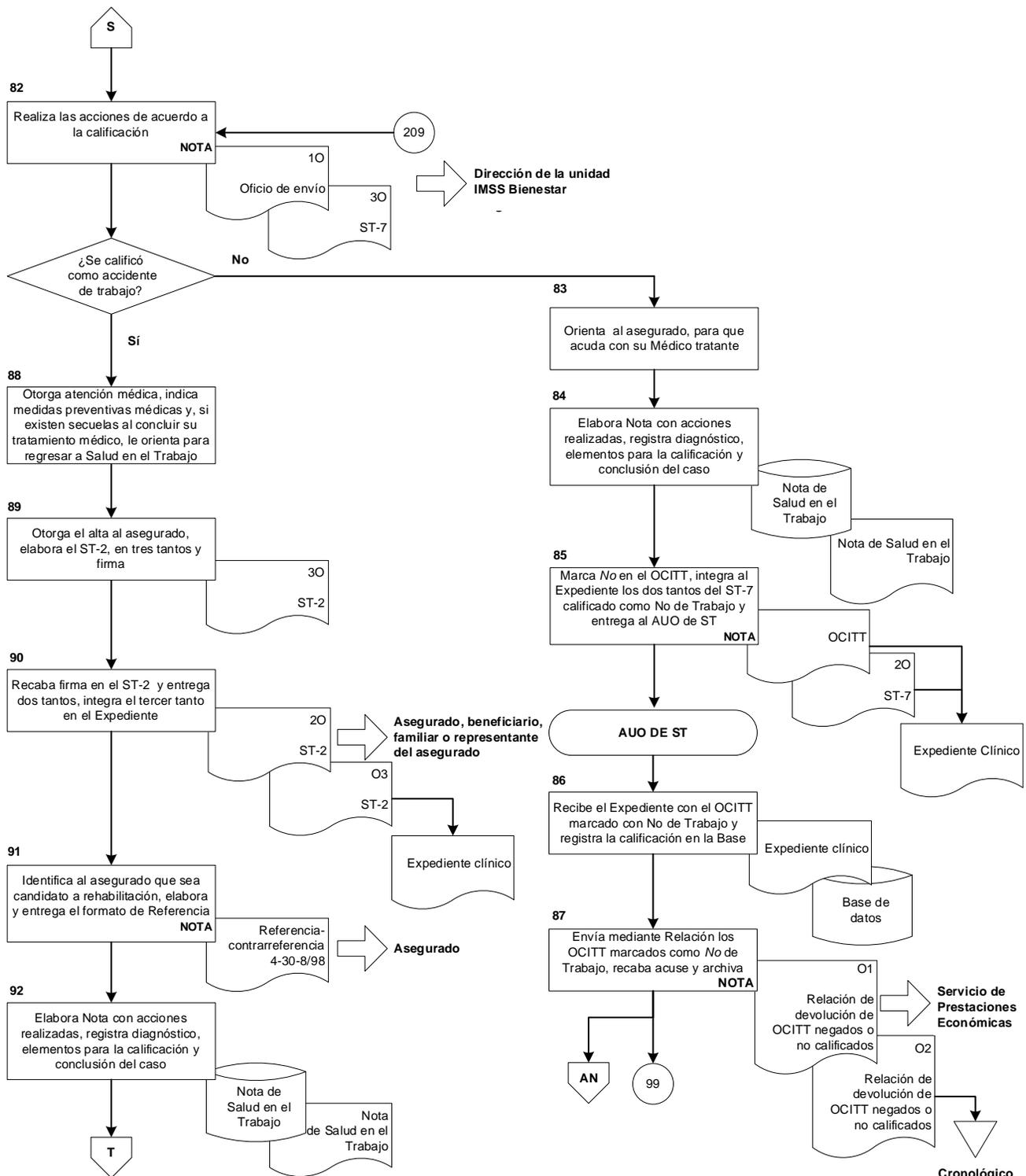


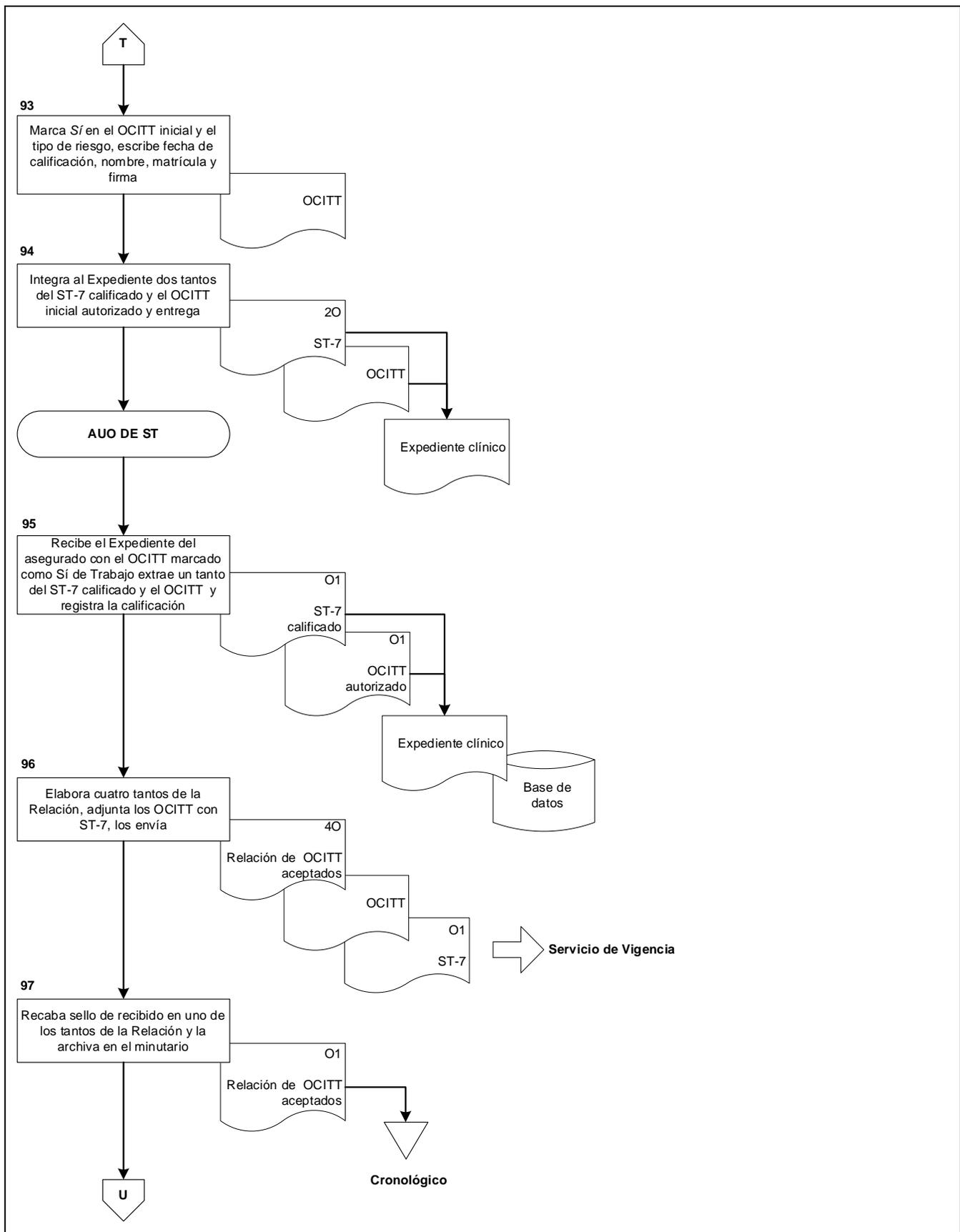


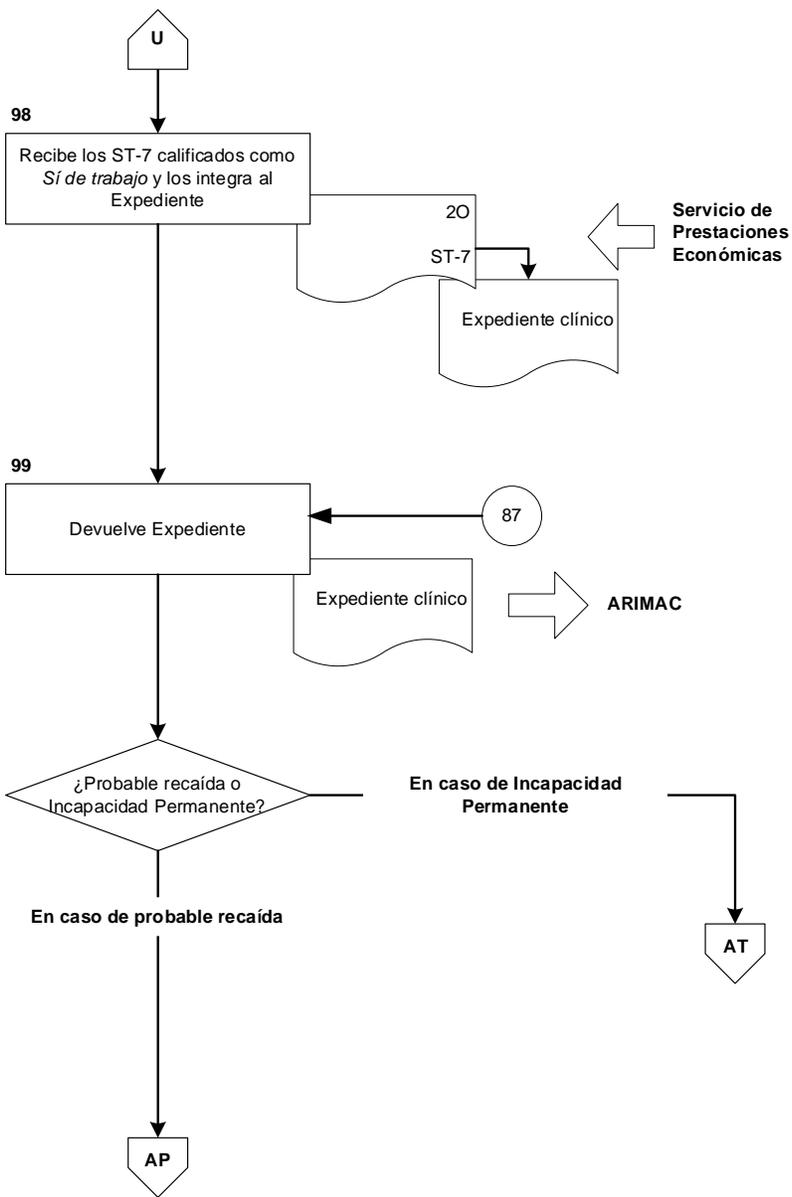


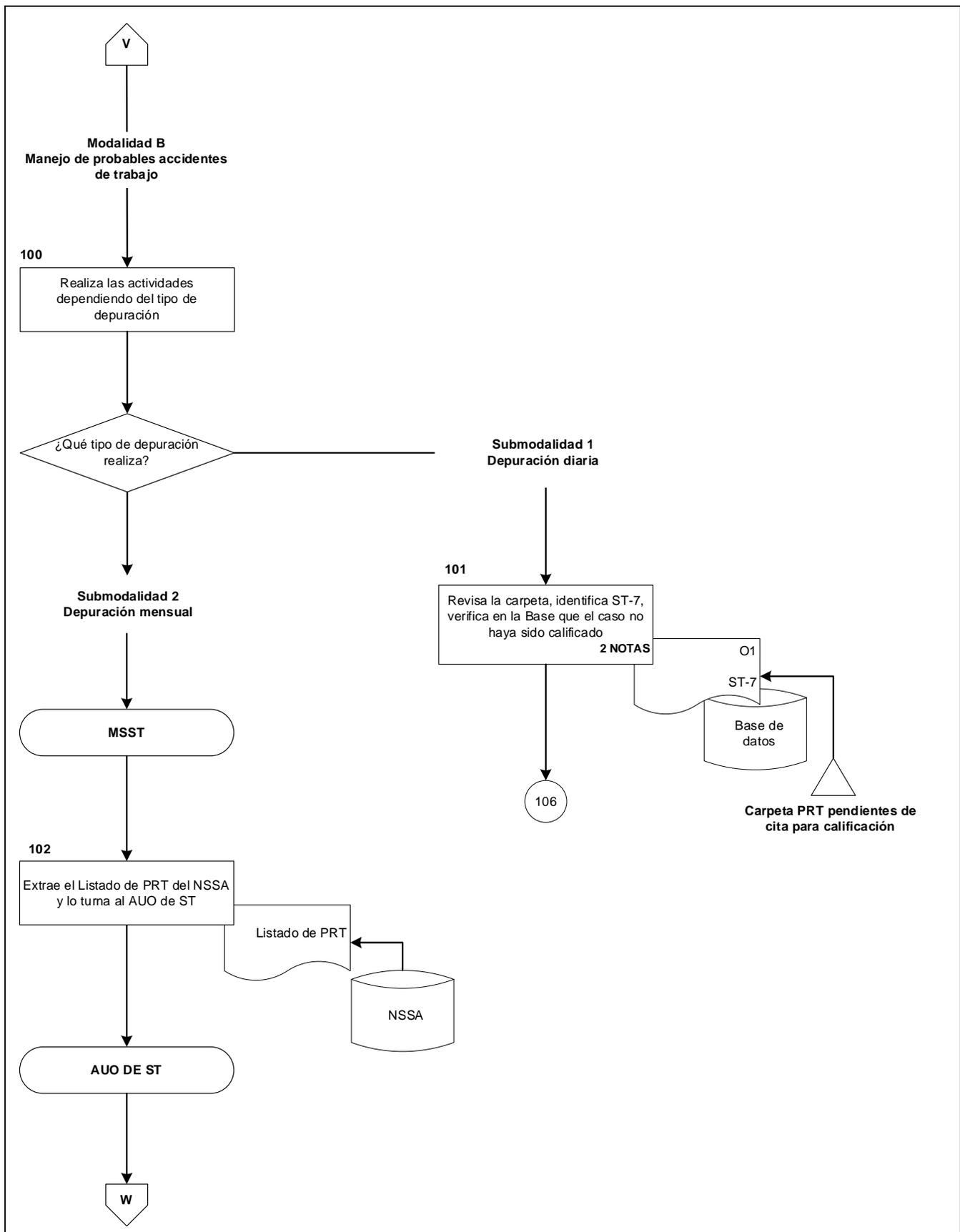


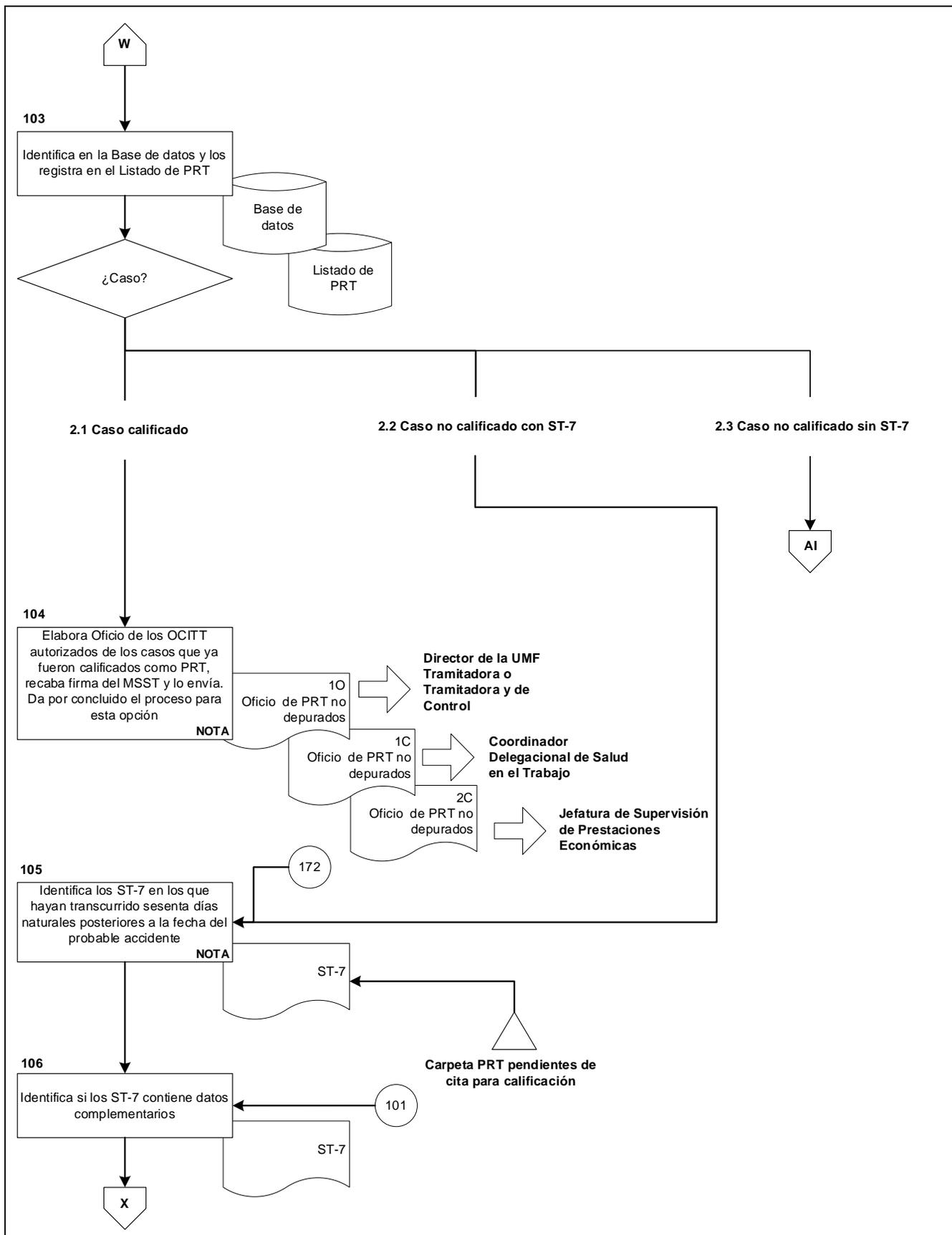


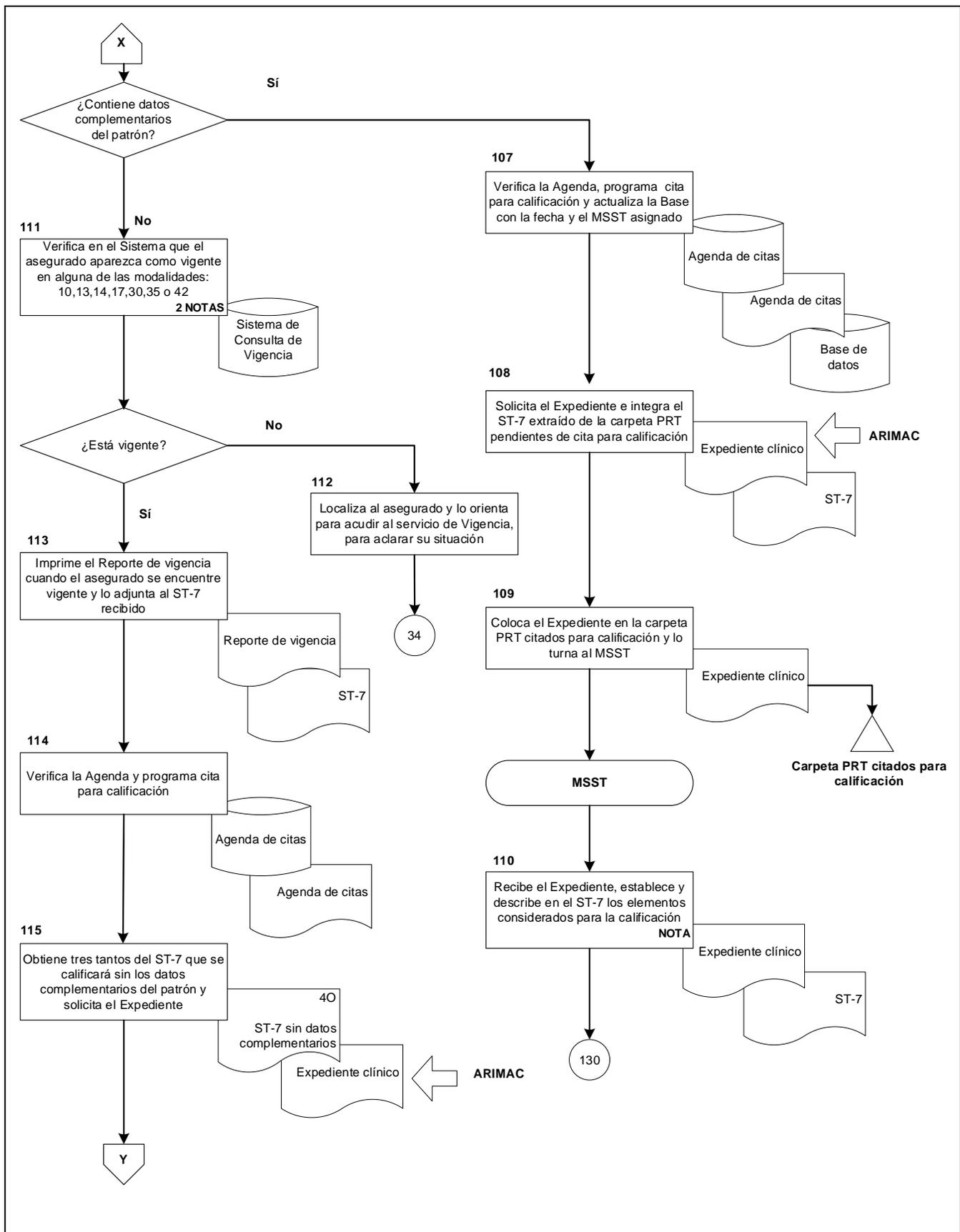


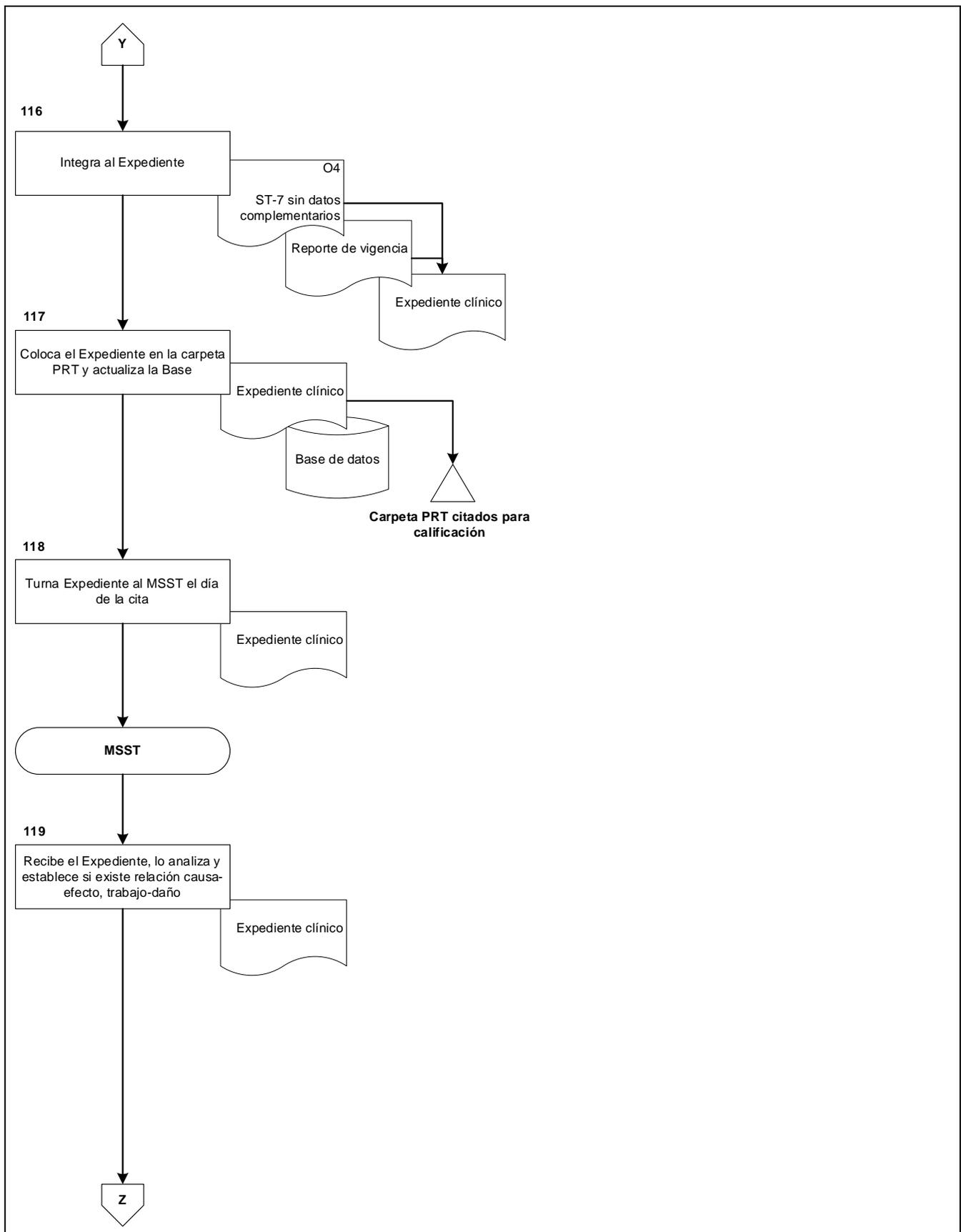


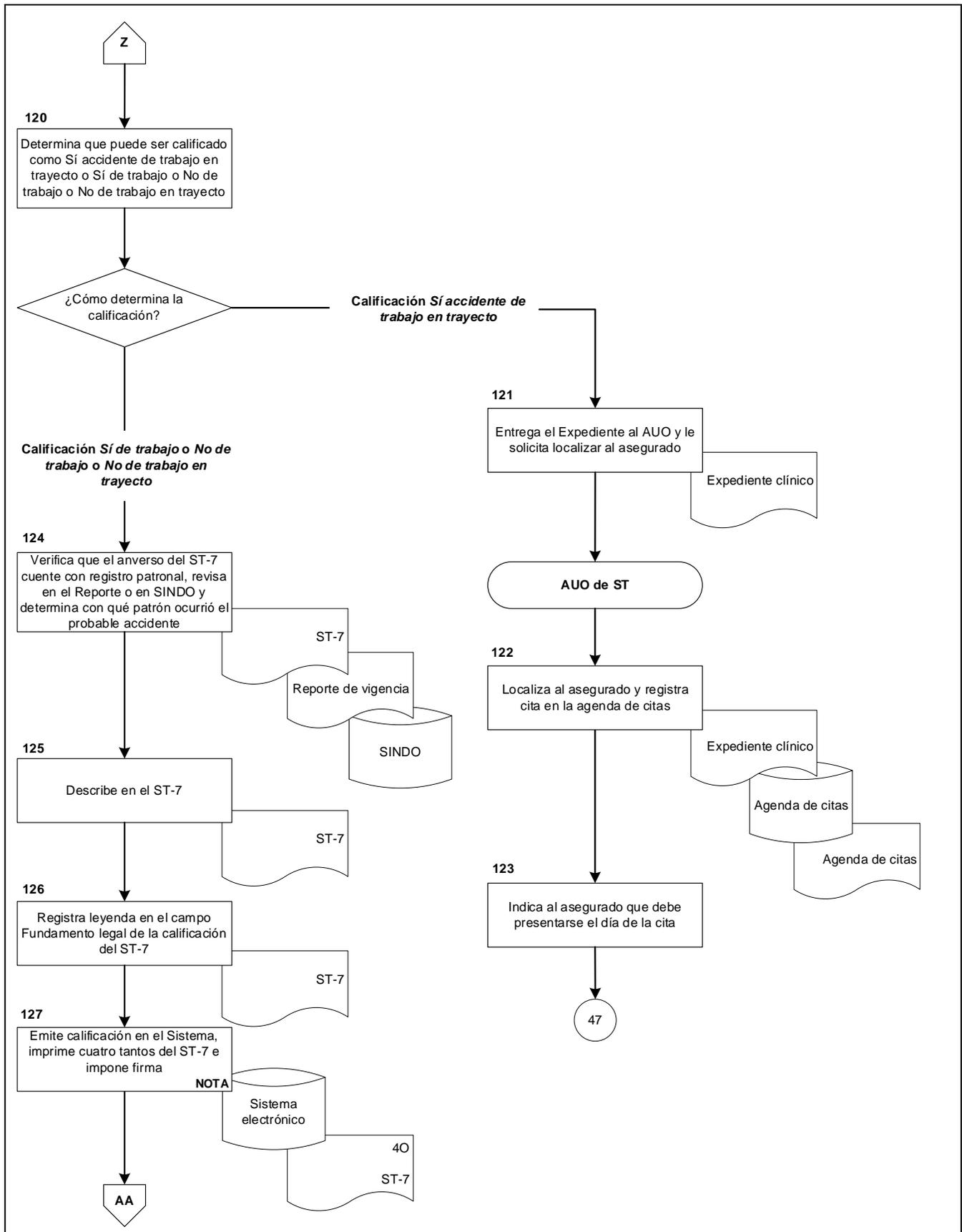


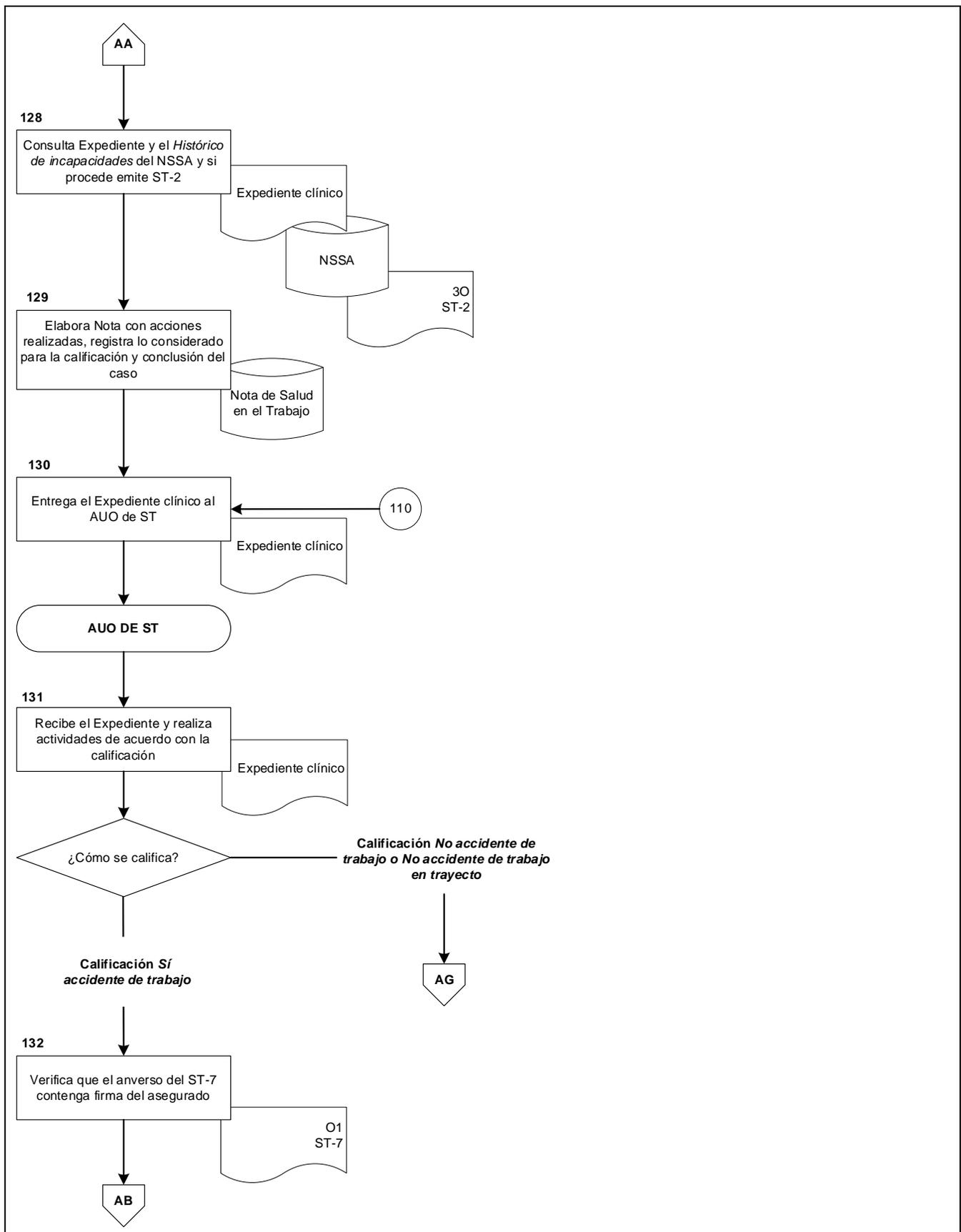


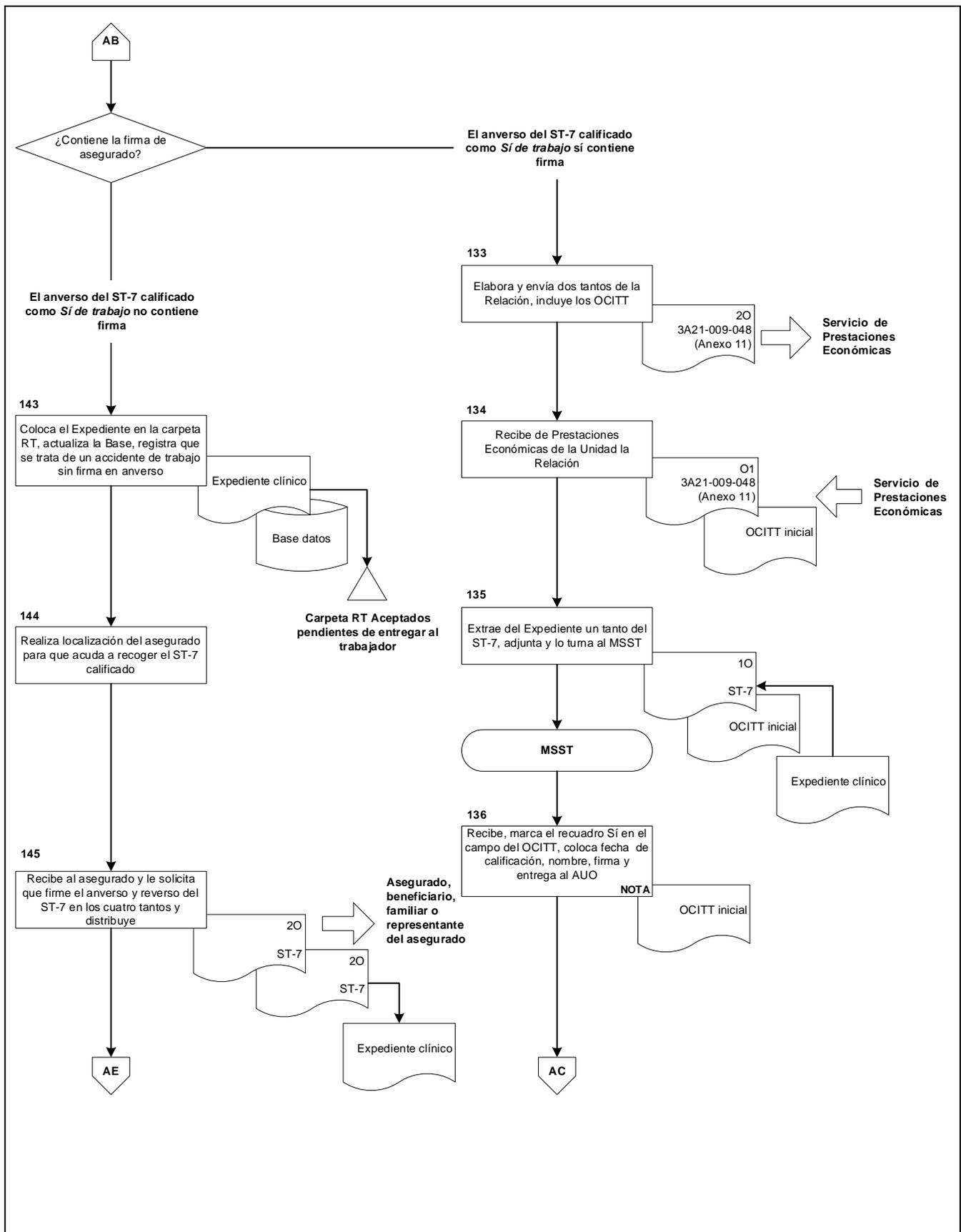


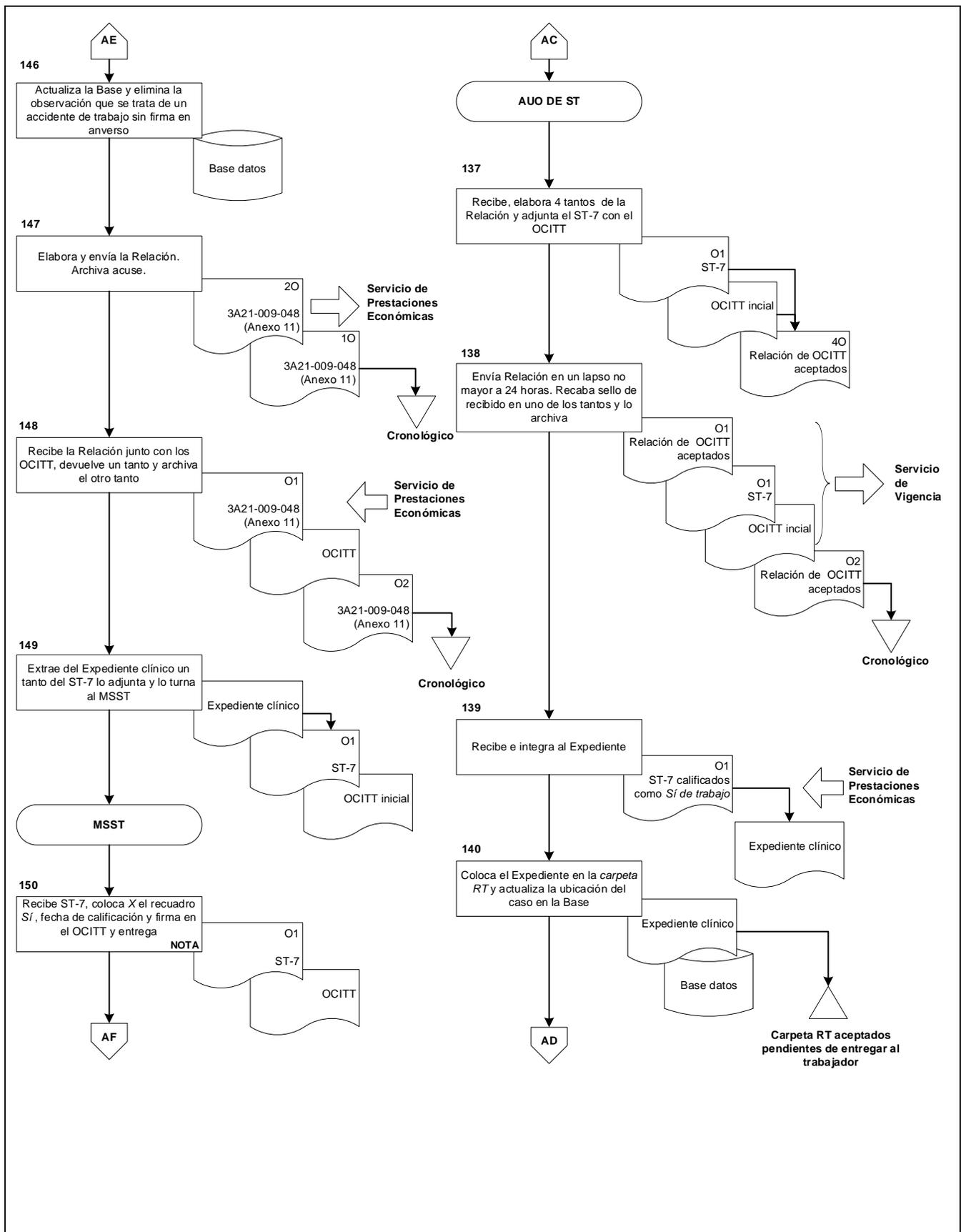


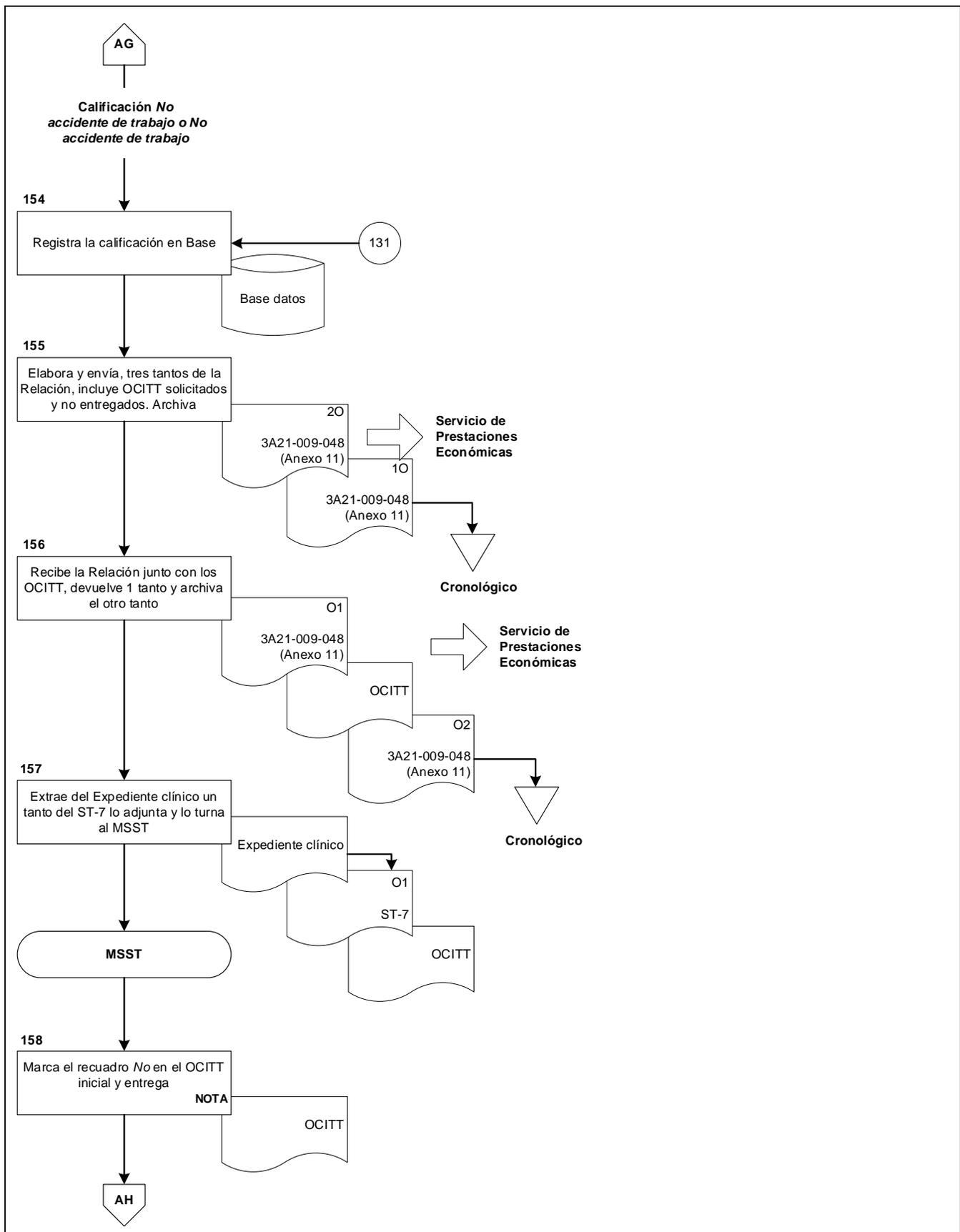


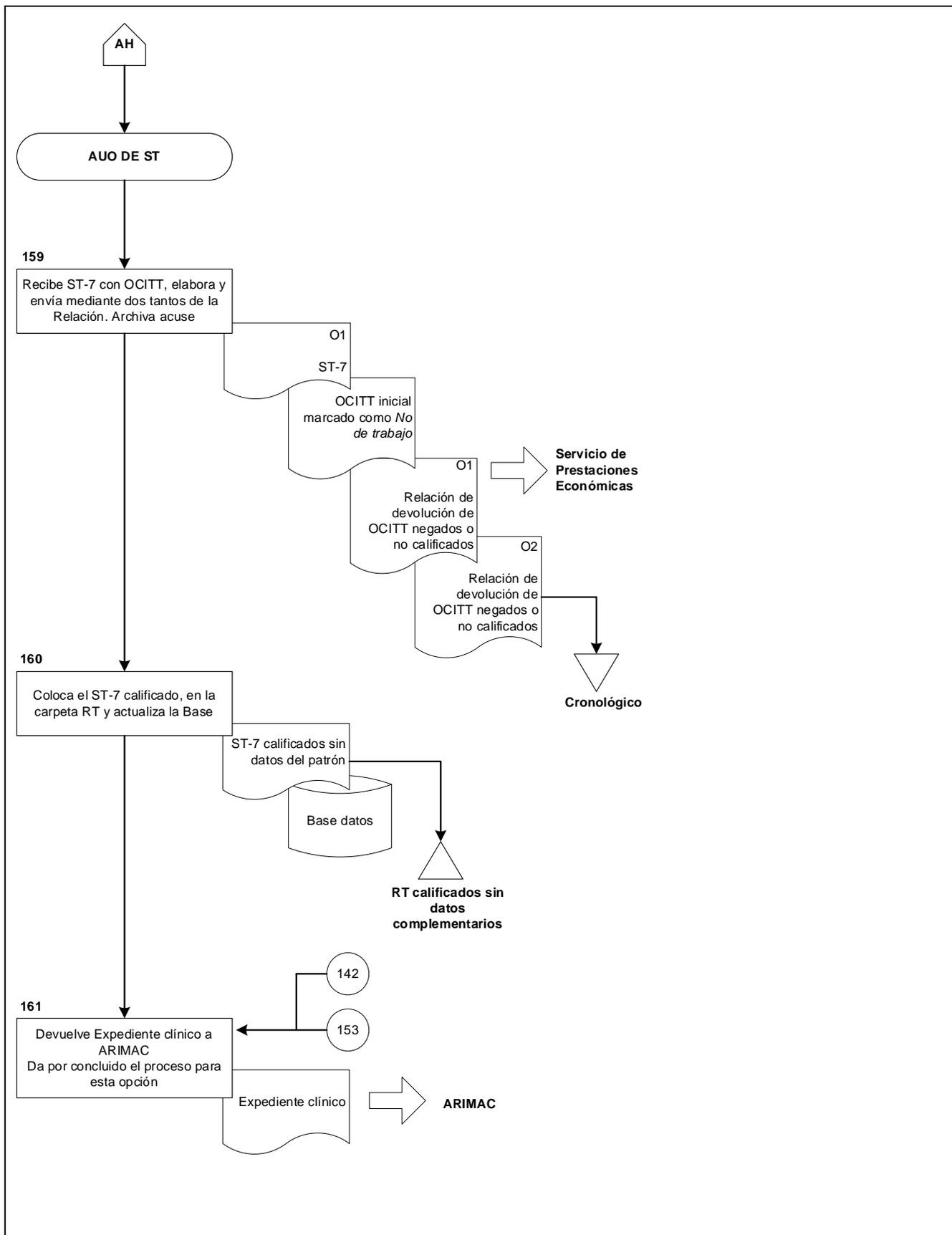








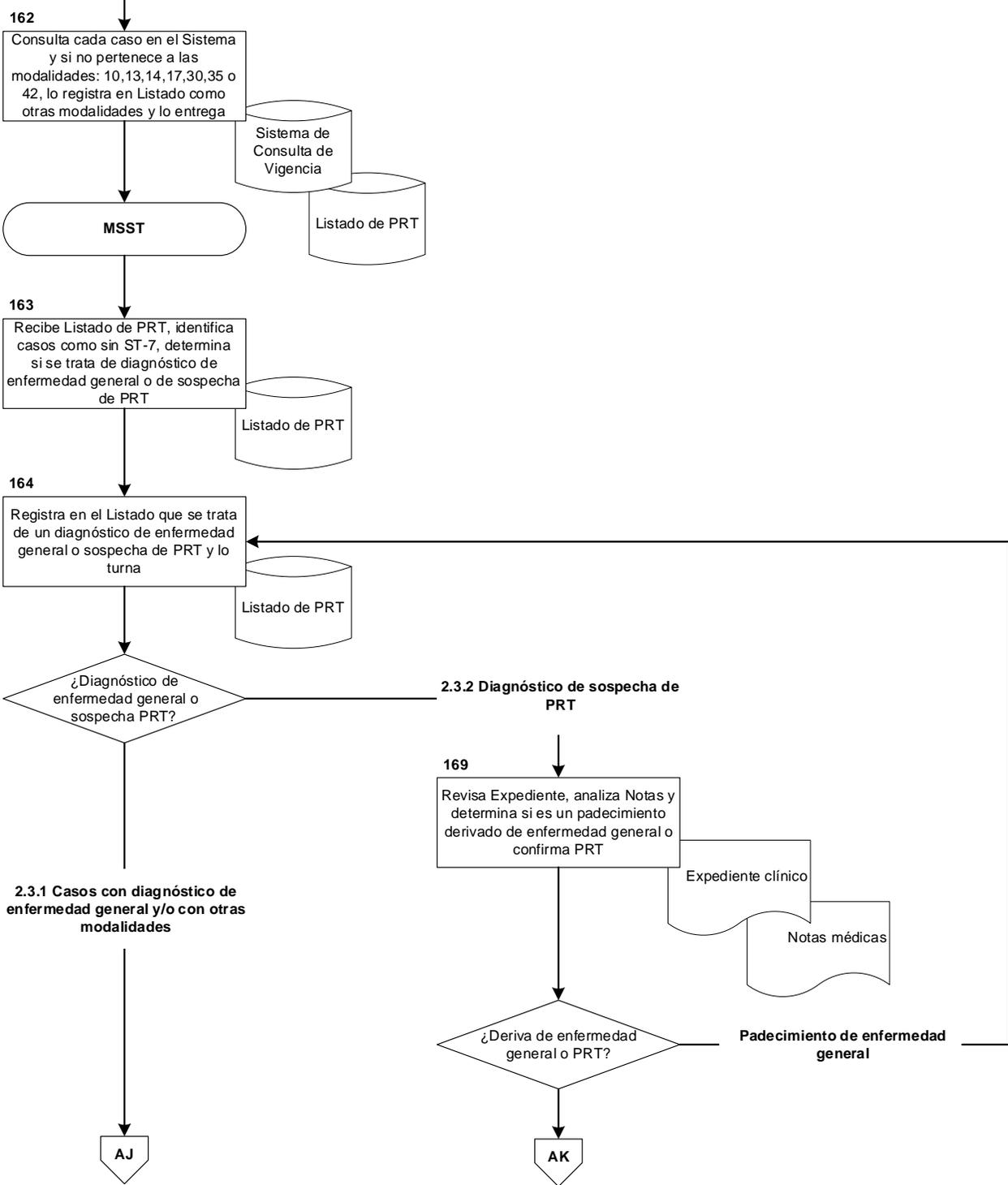


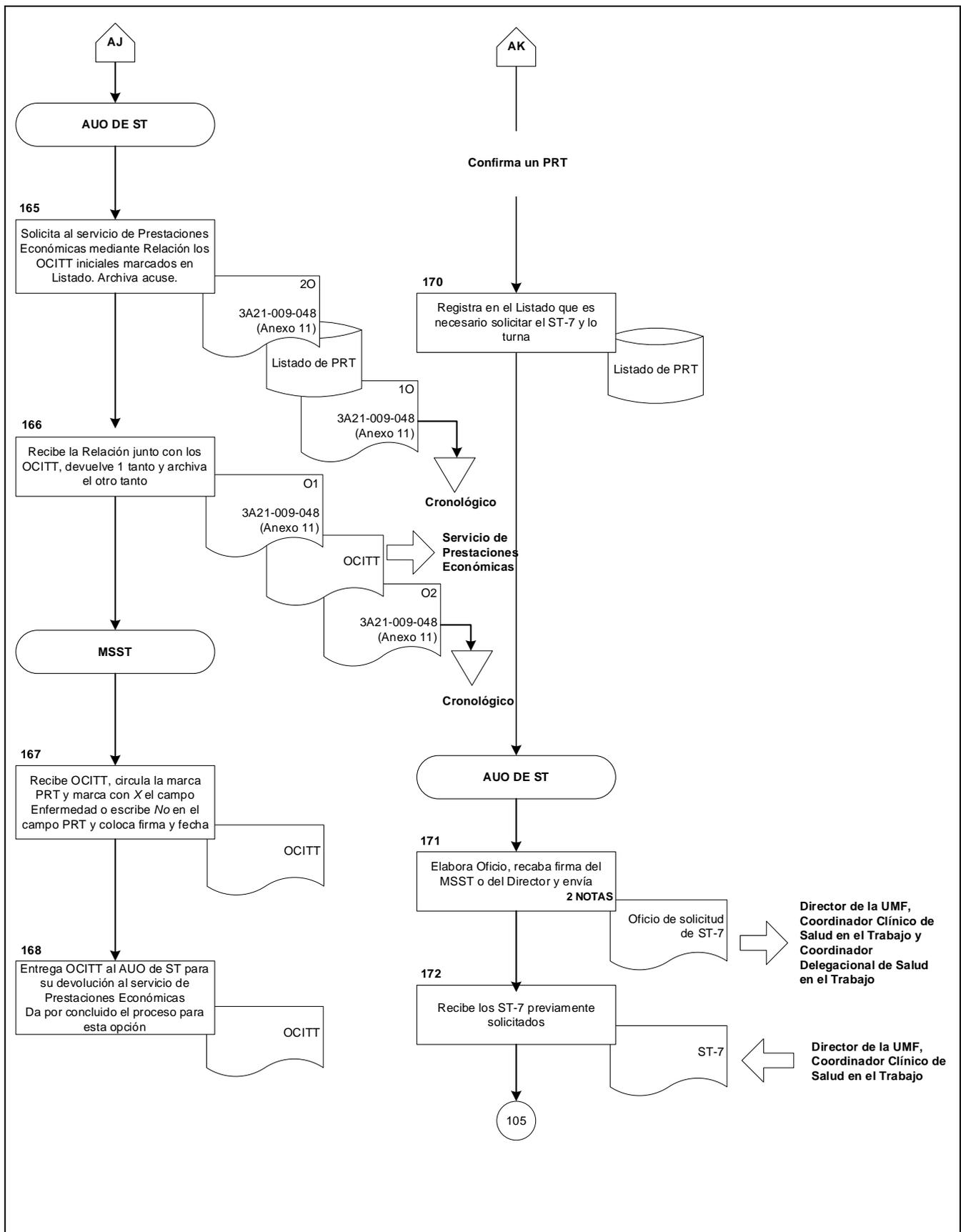


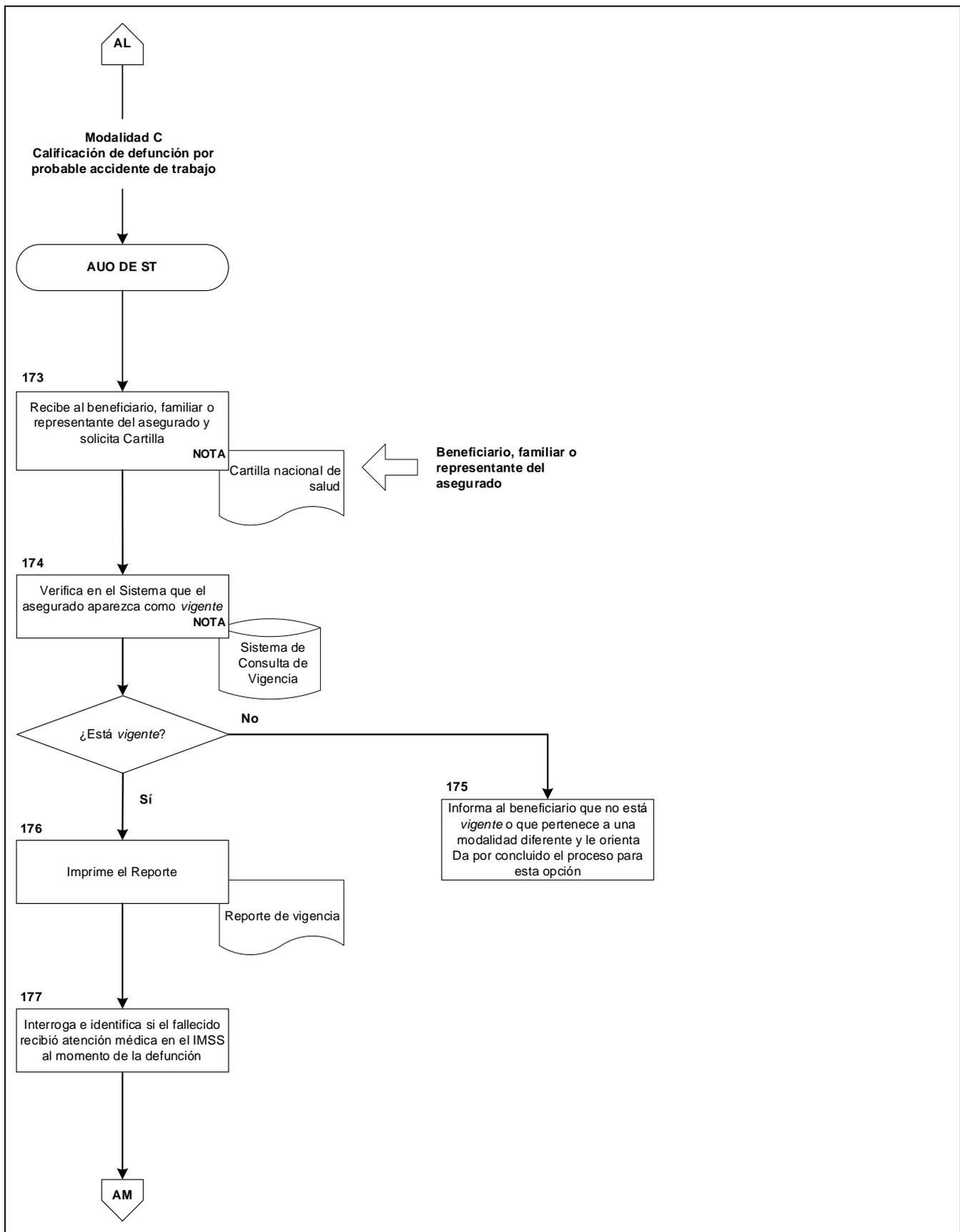


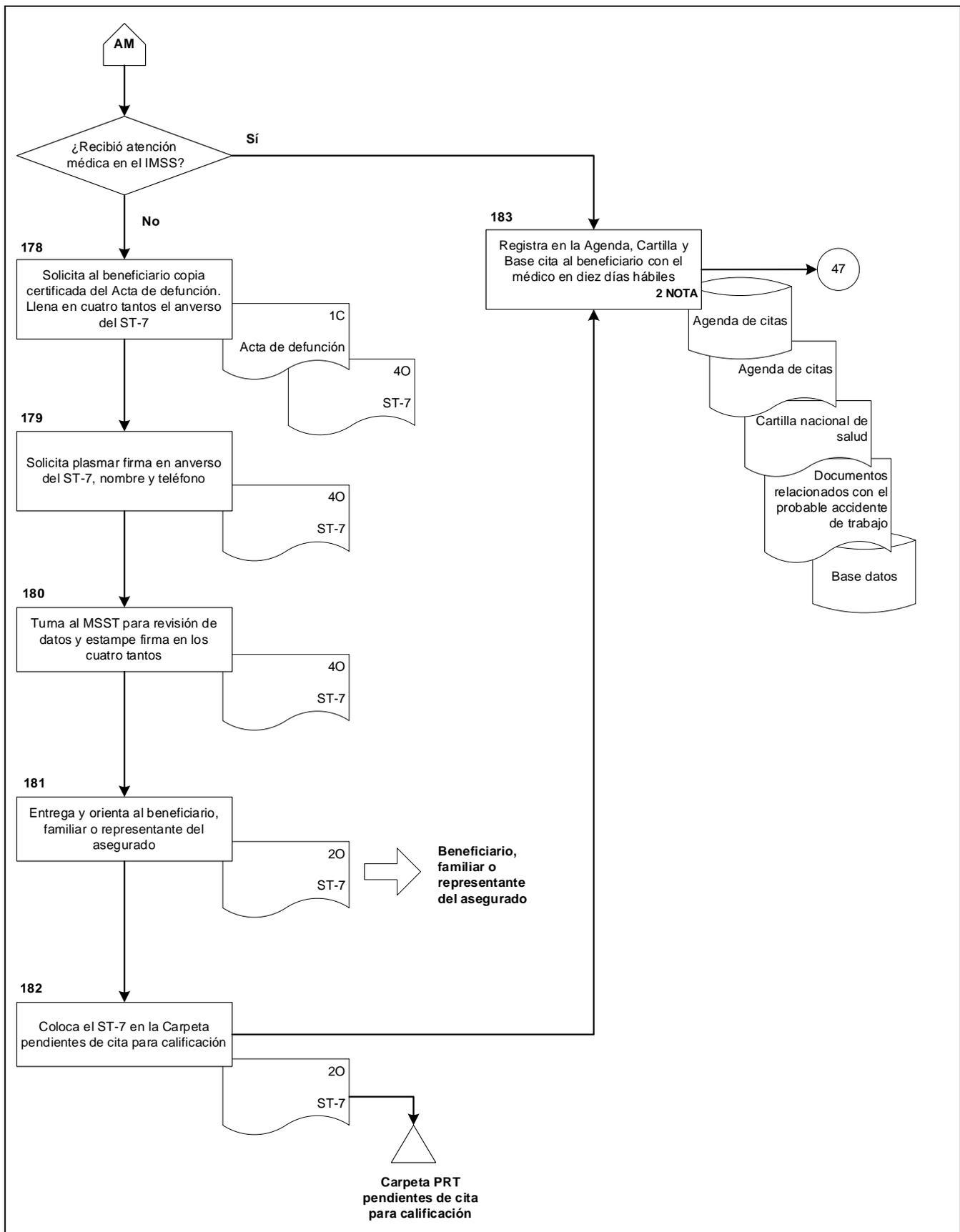
AI

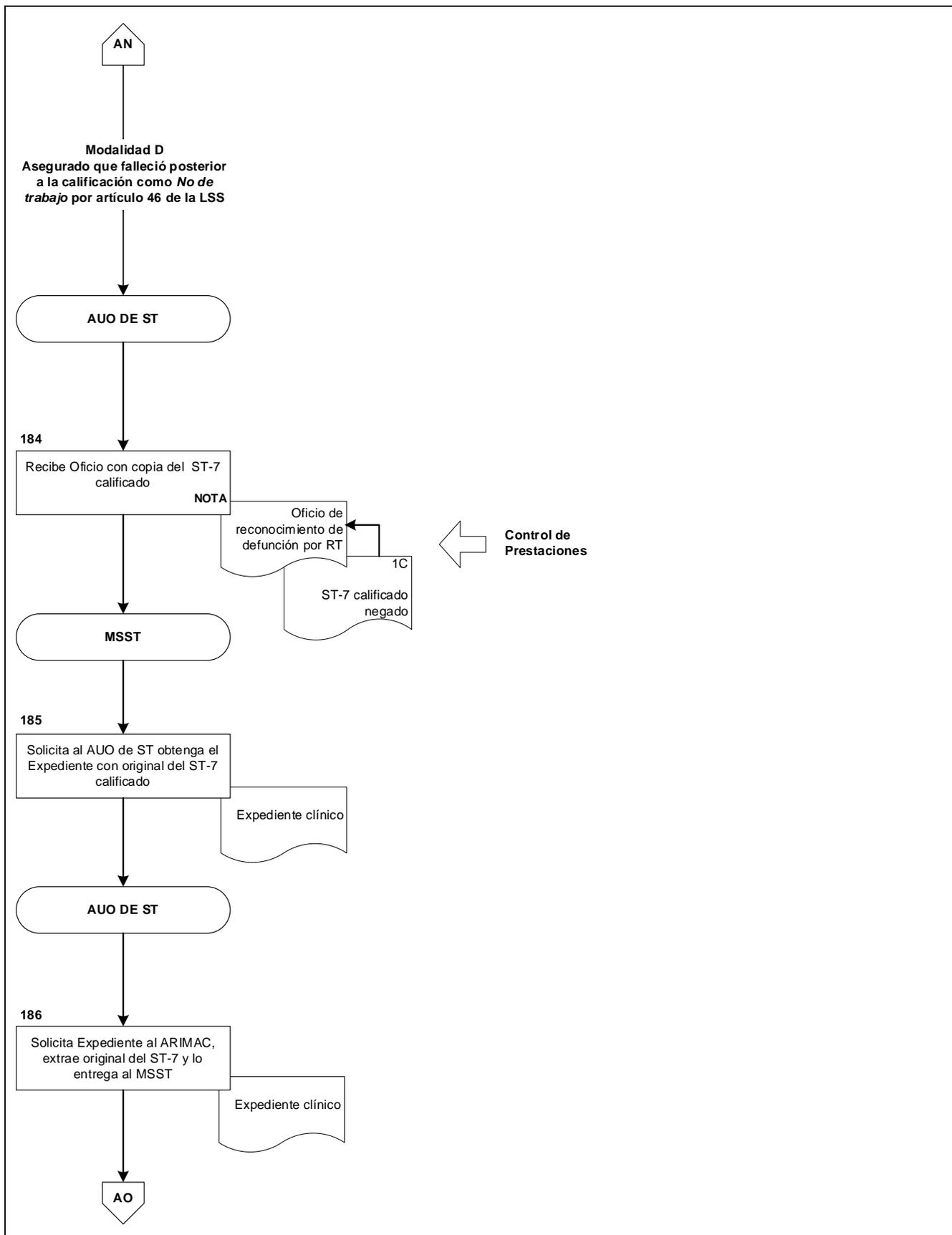
2.3 Caso no calificado sin ST-7

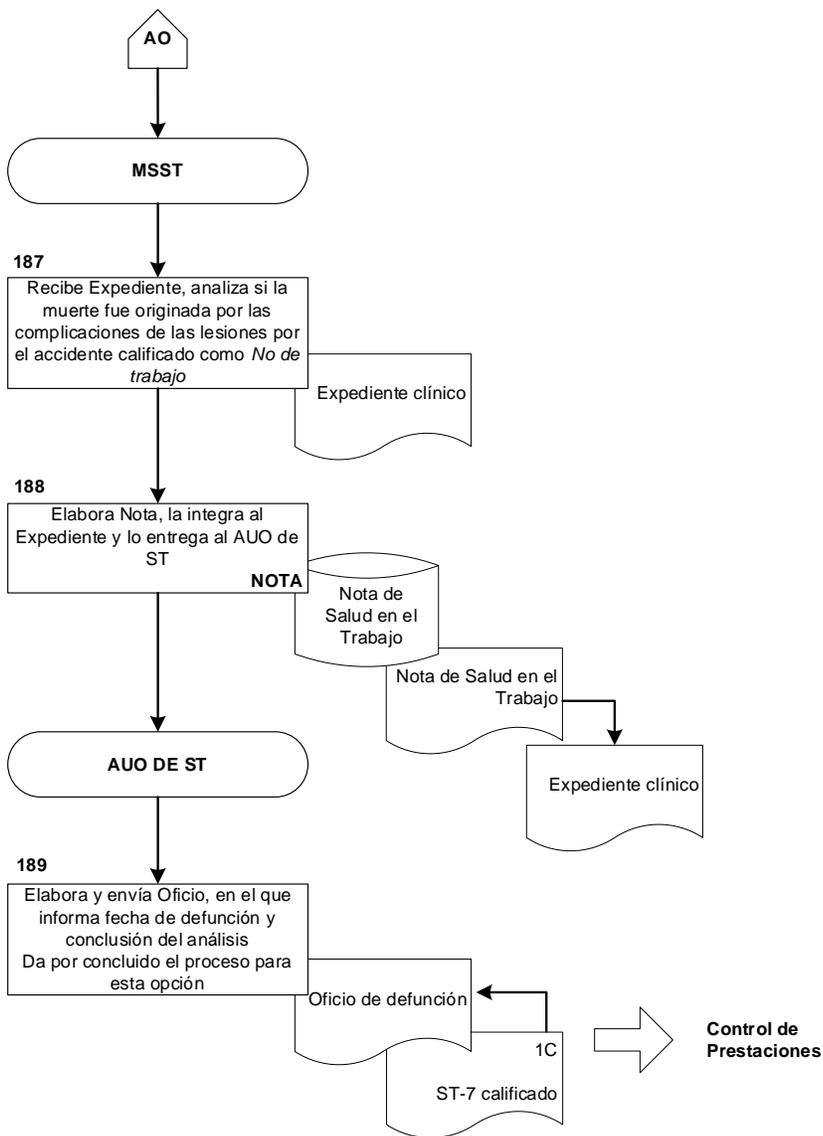


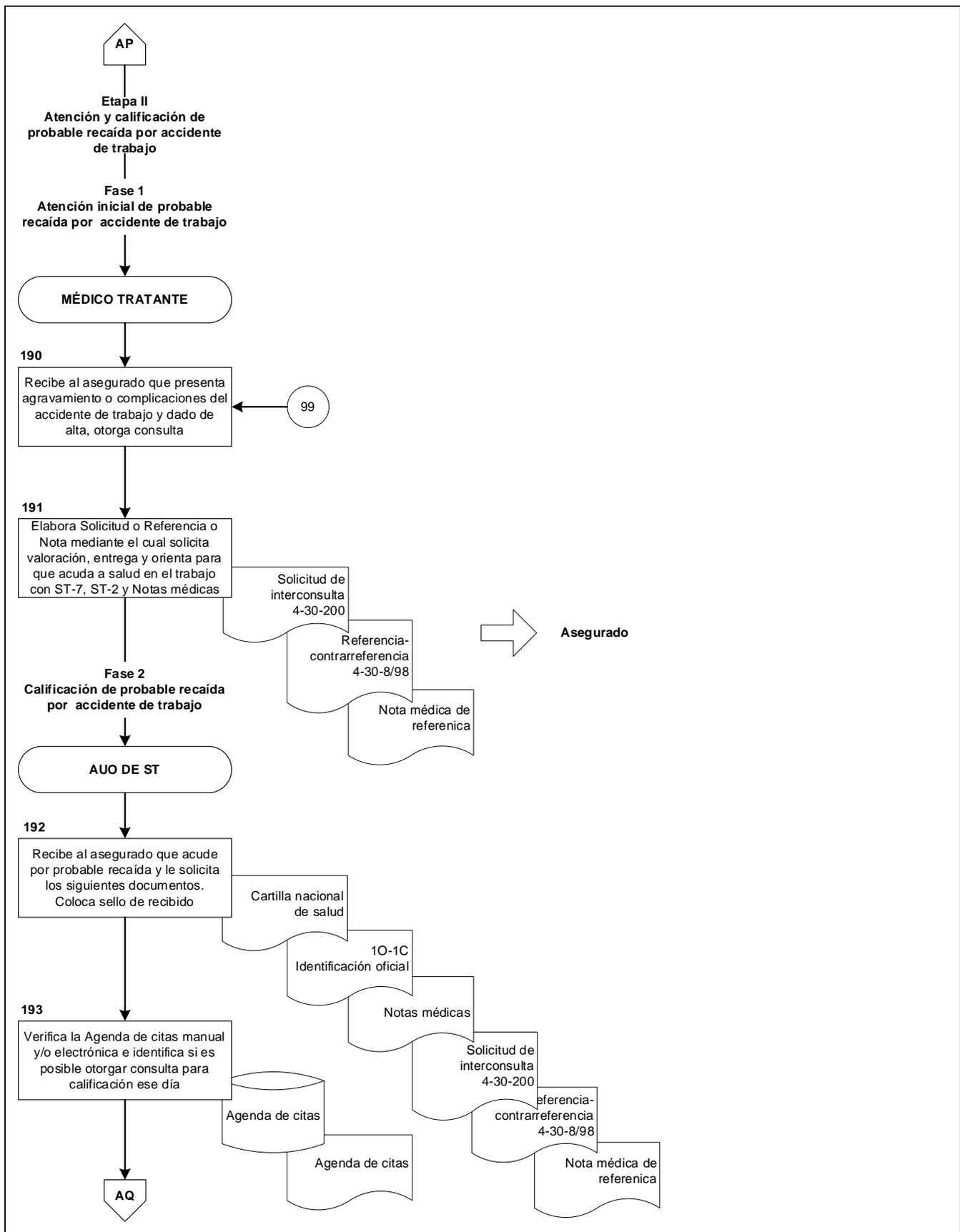


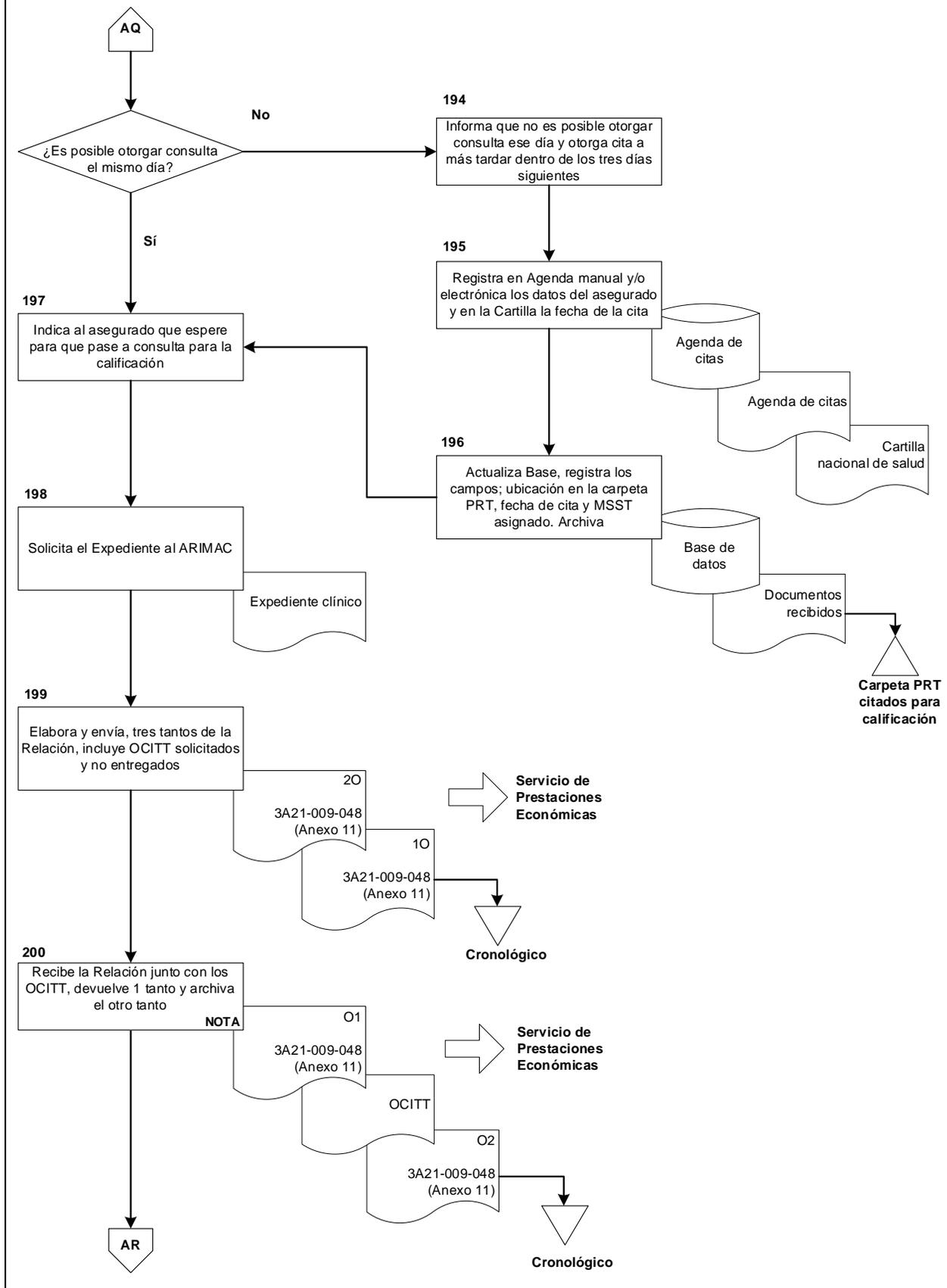


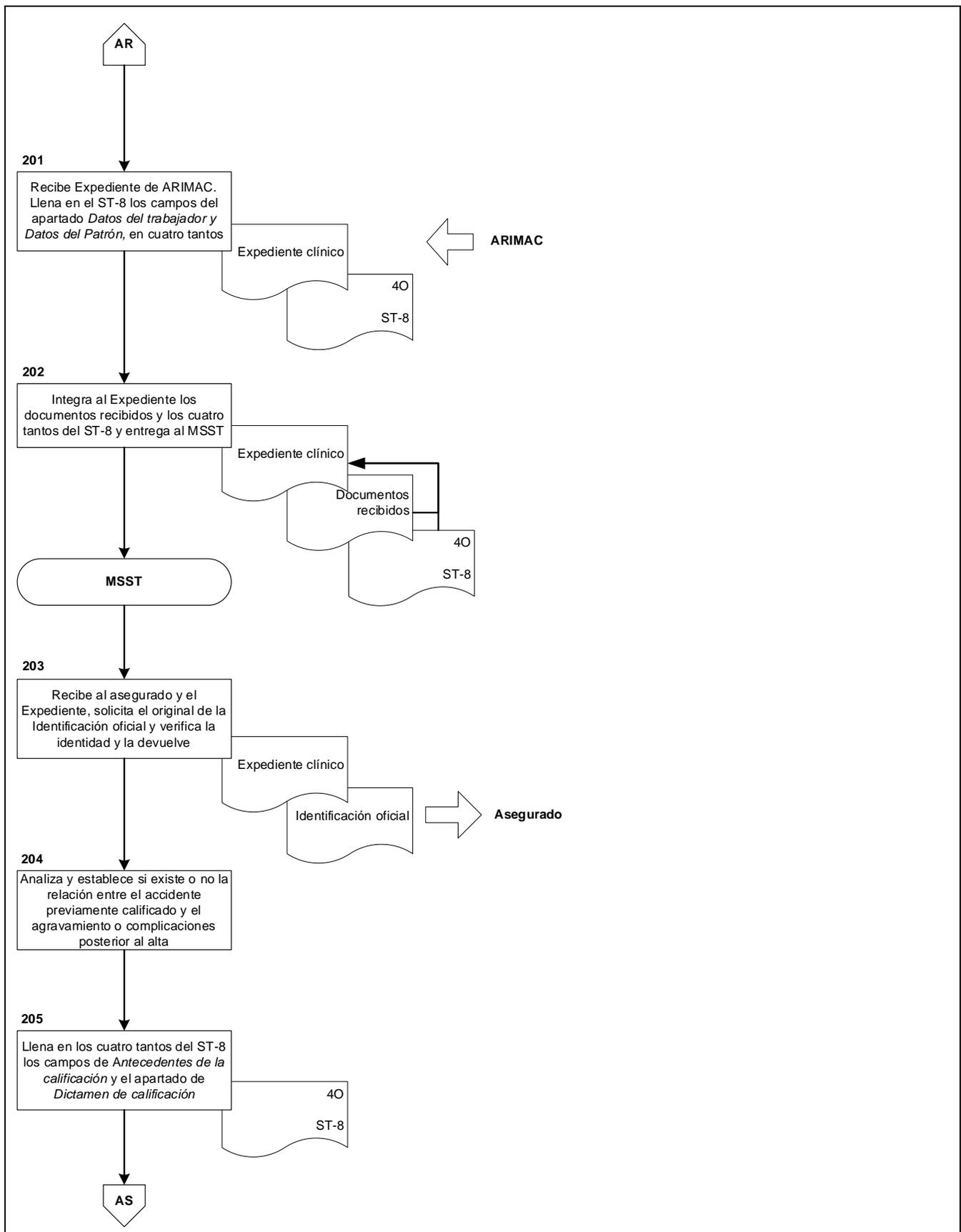


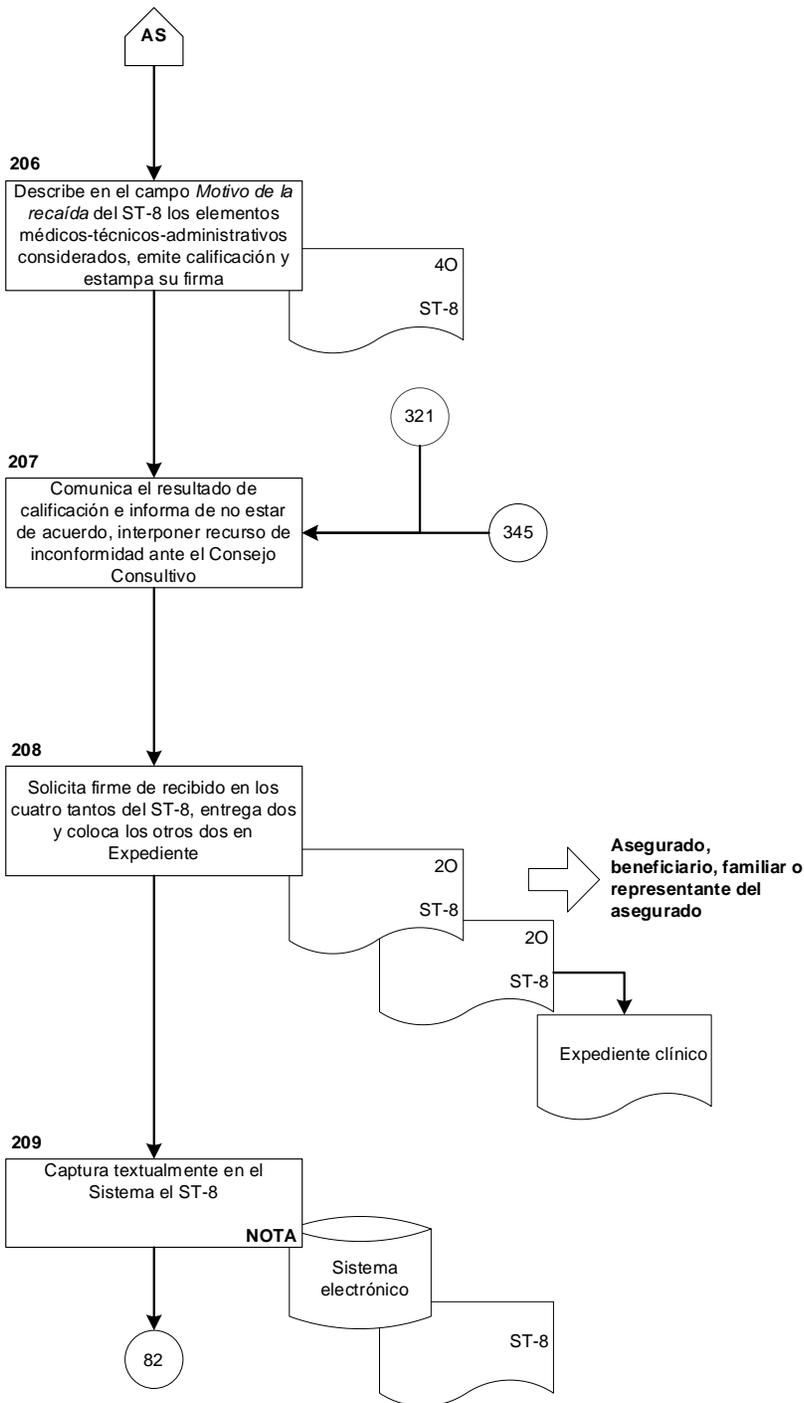


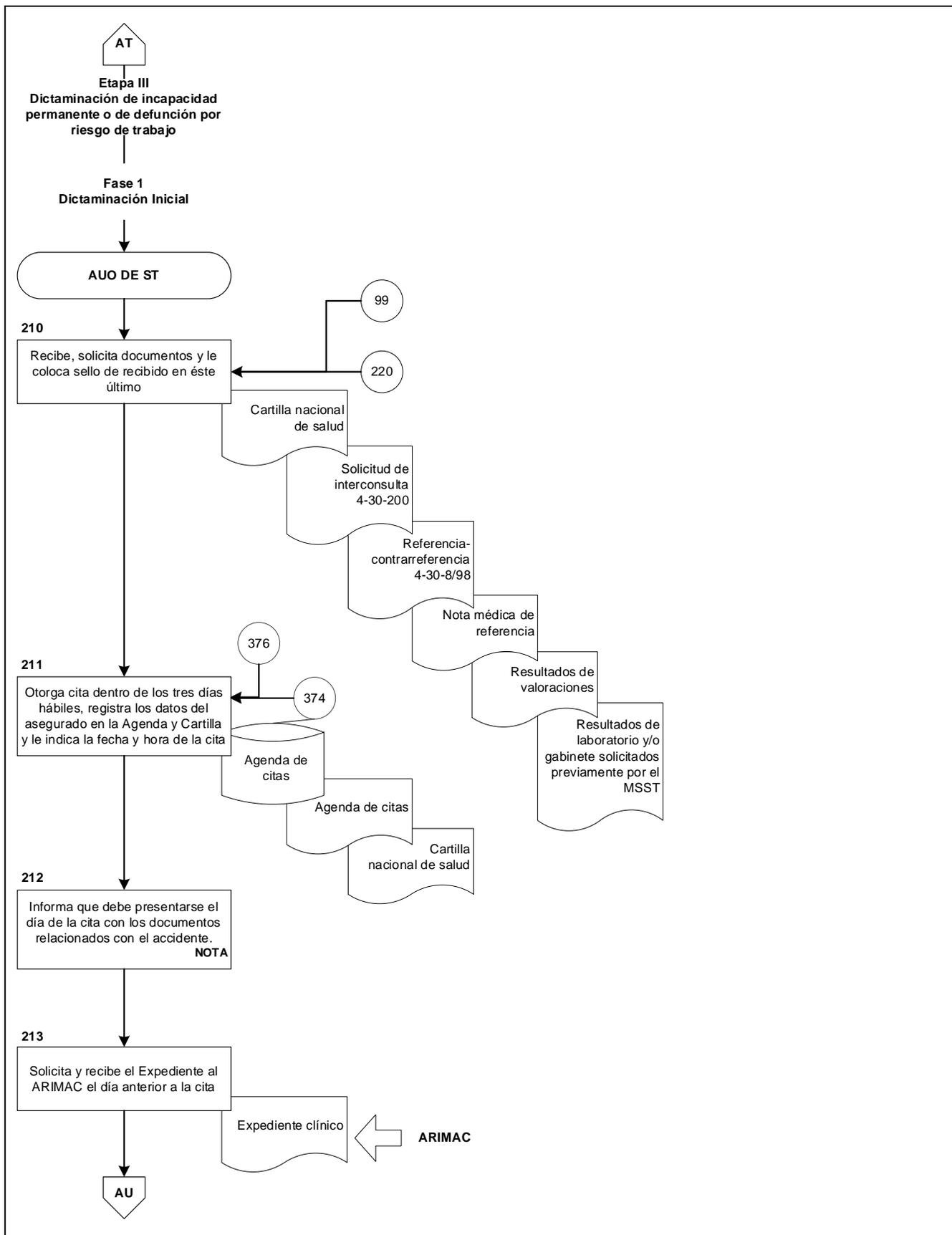


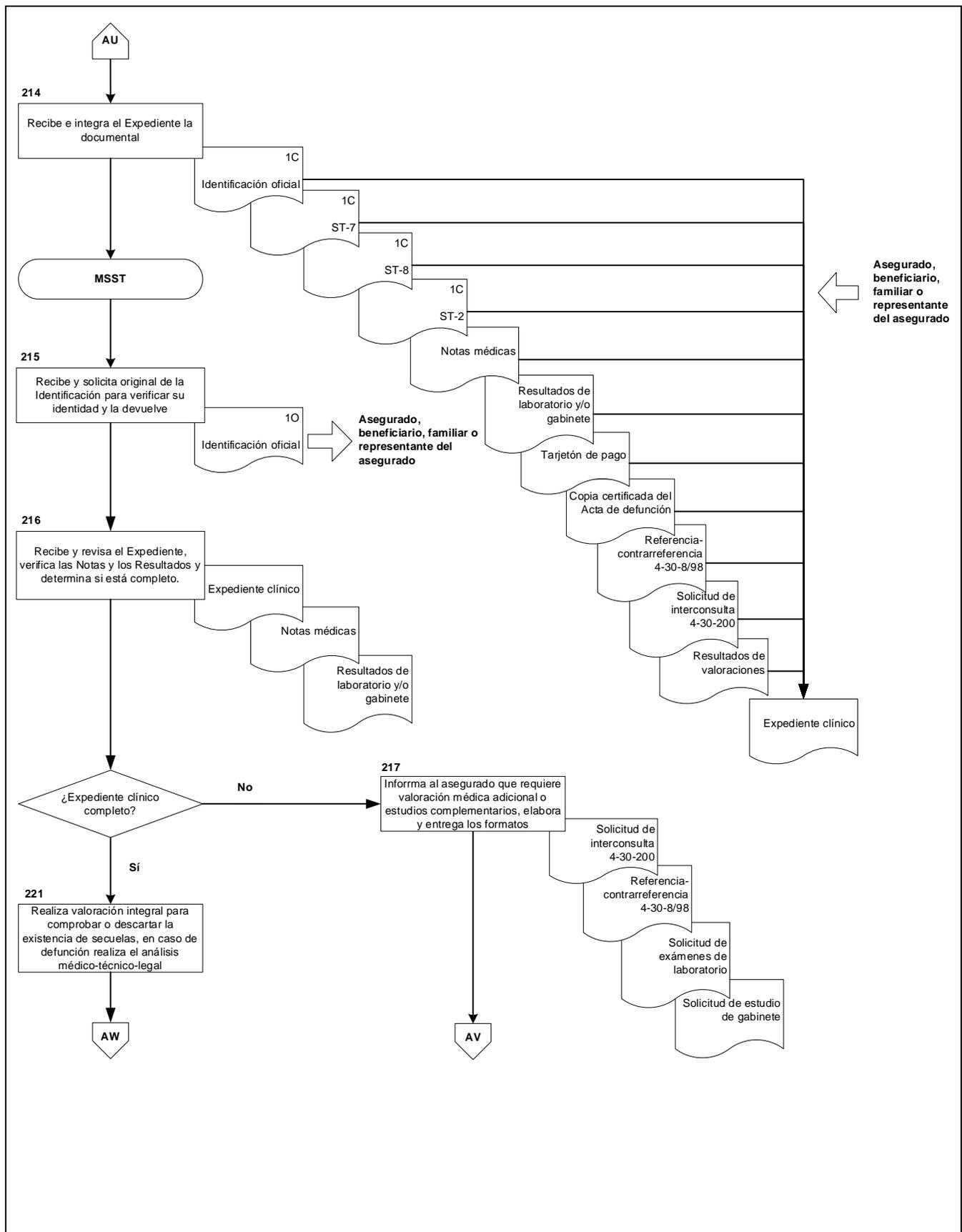


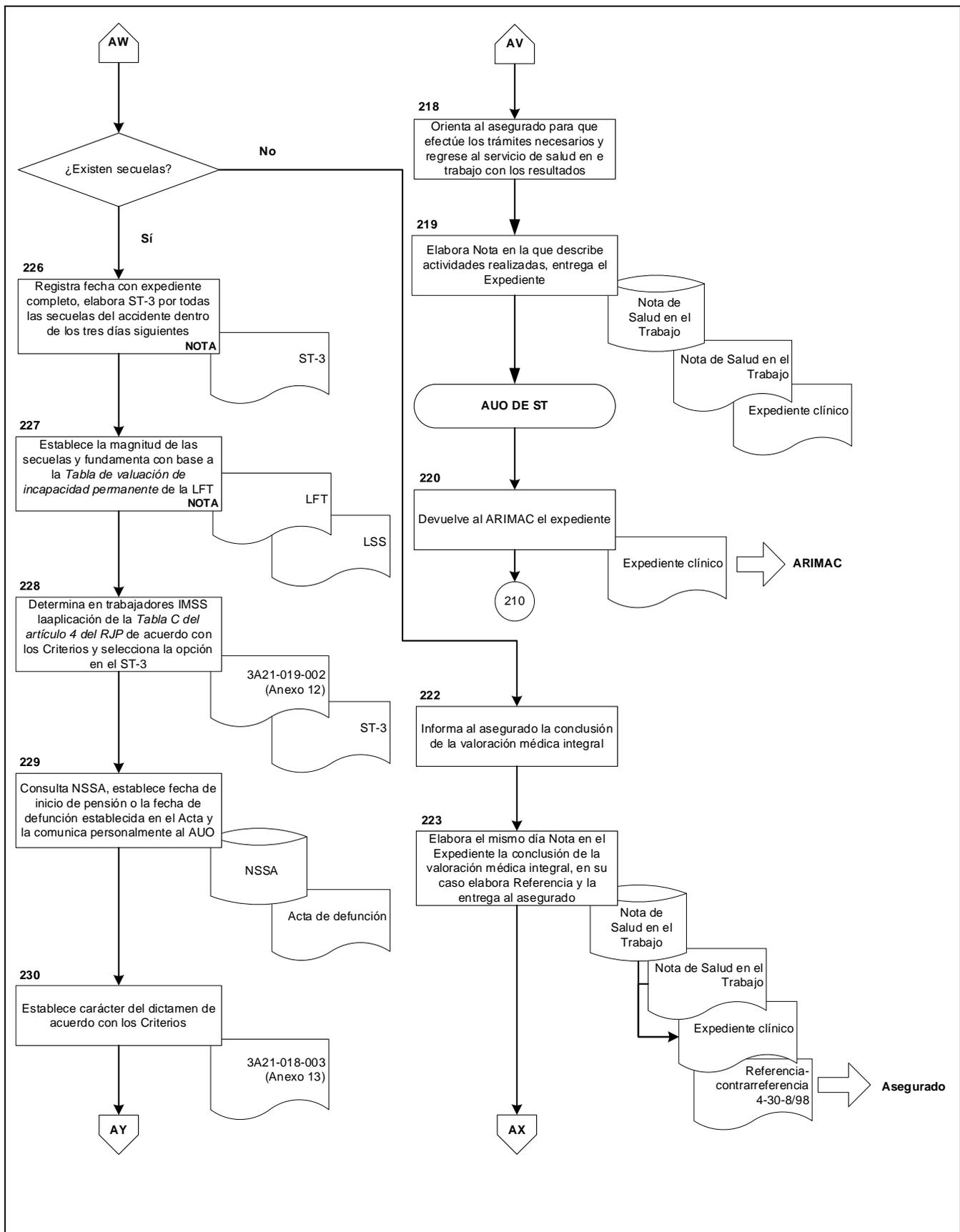


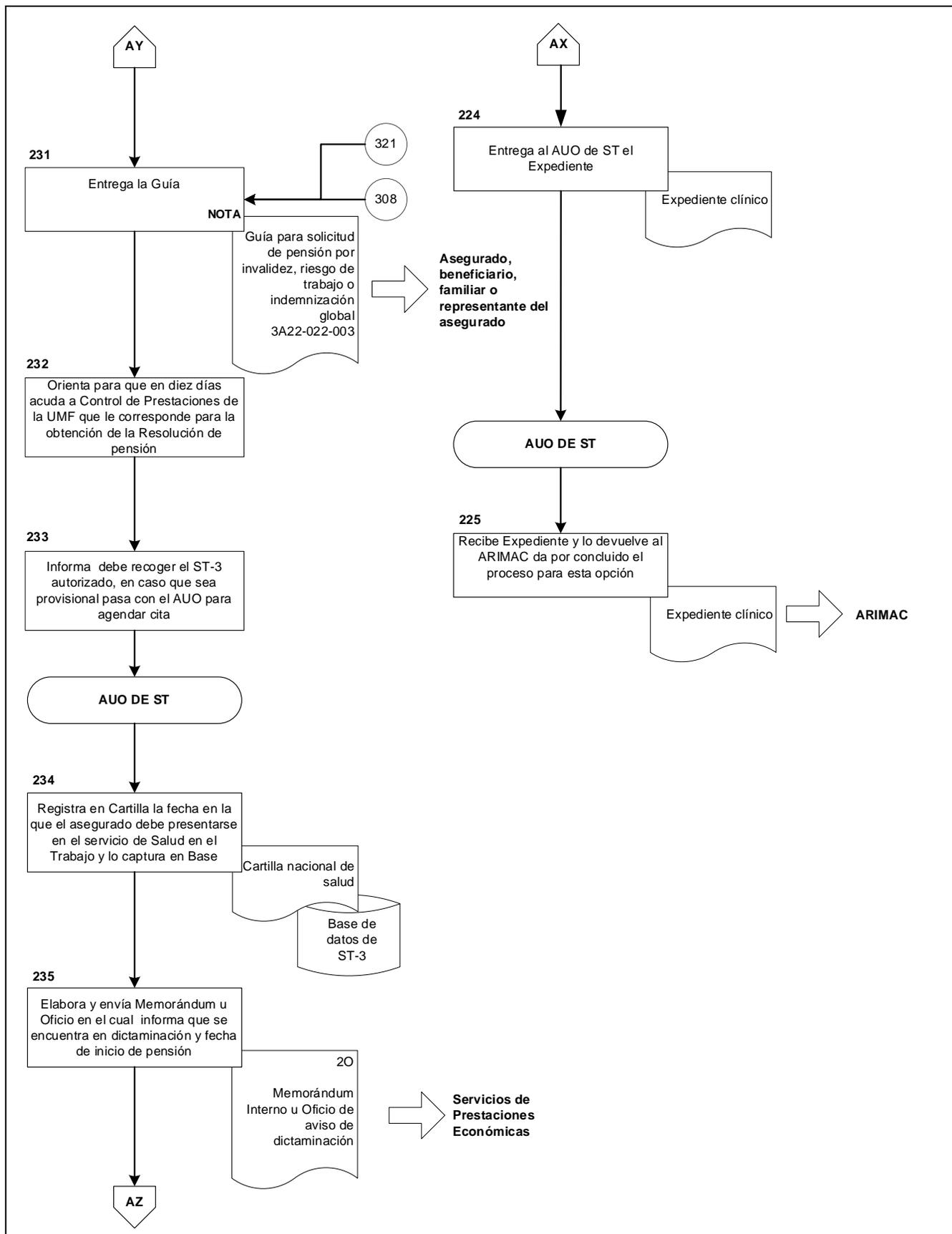


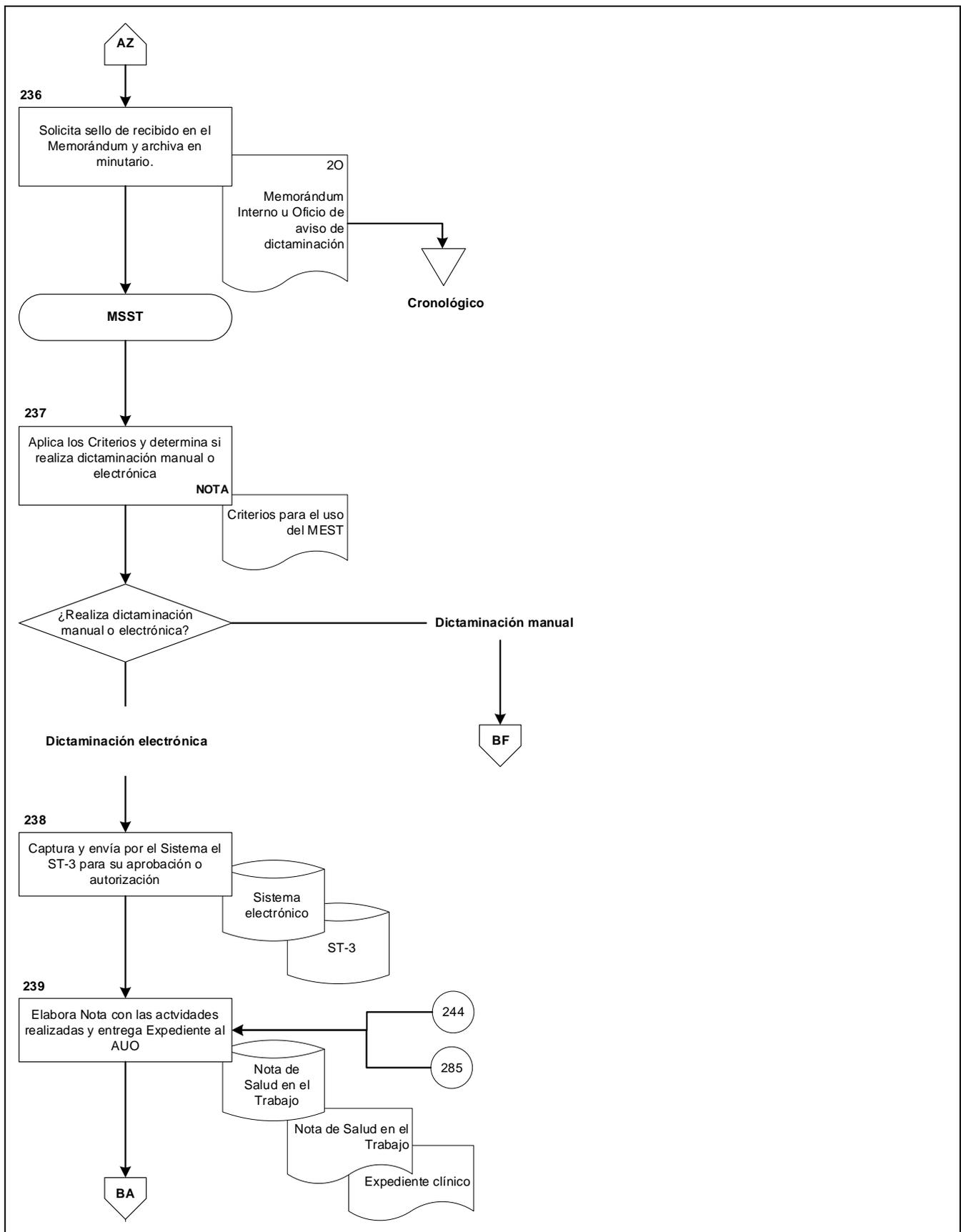


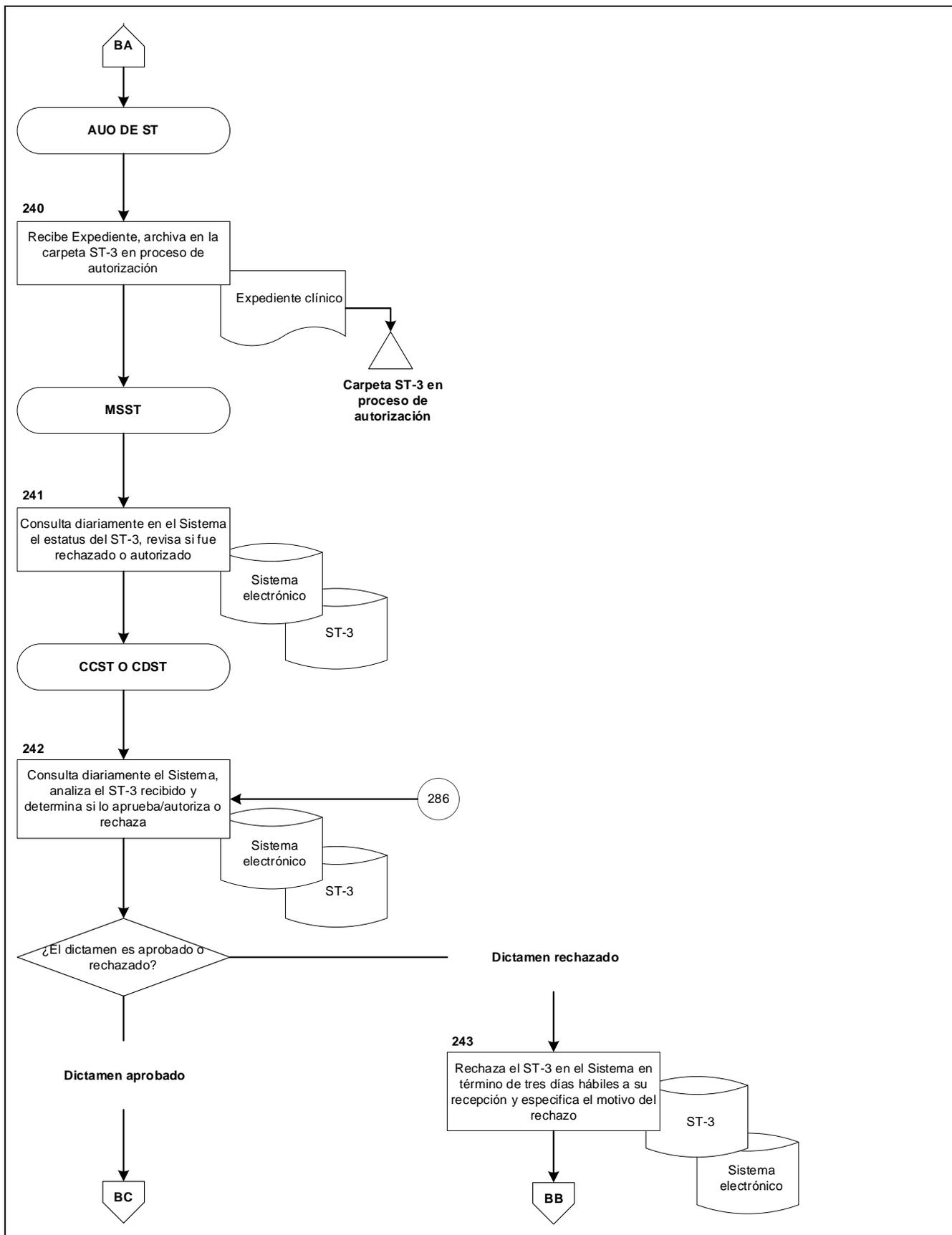


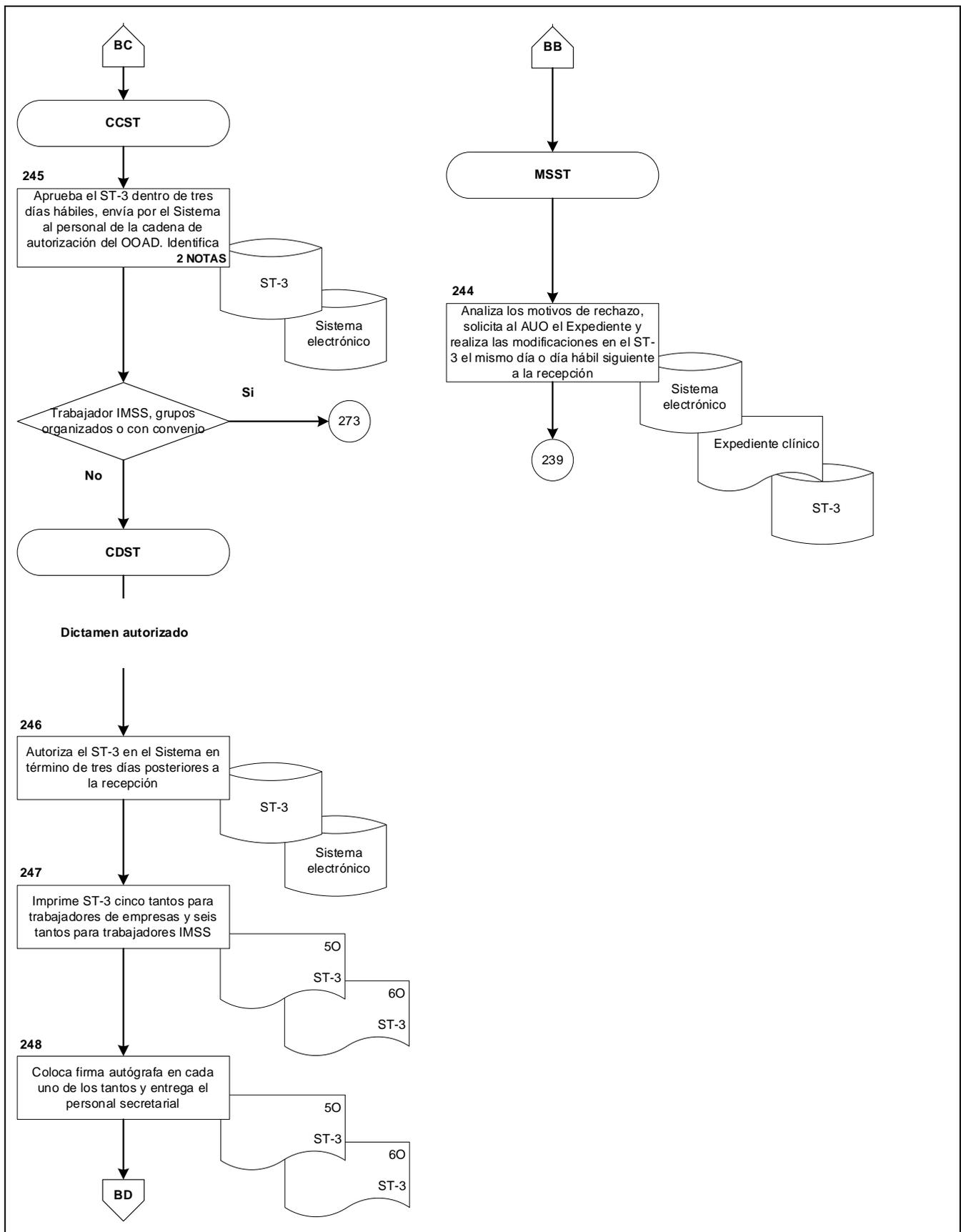


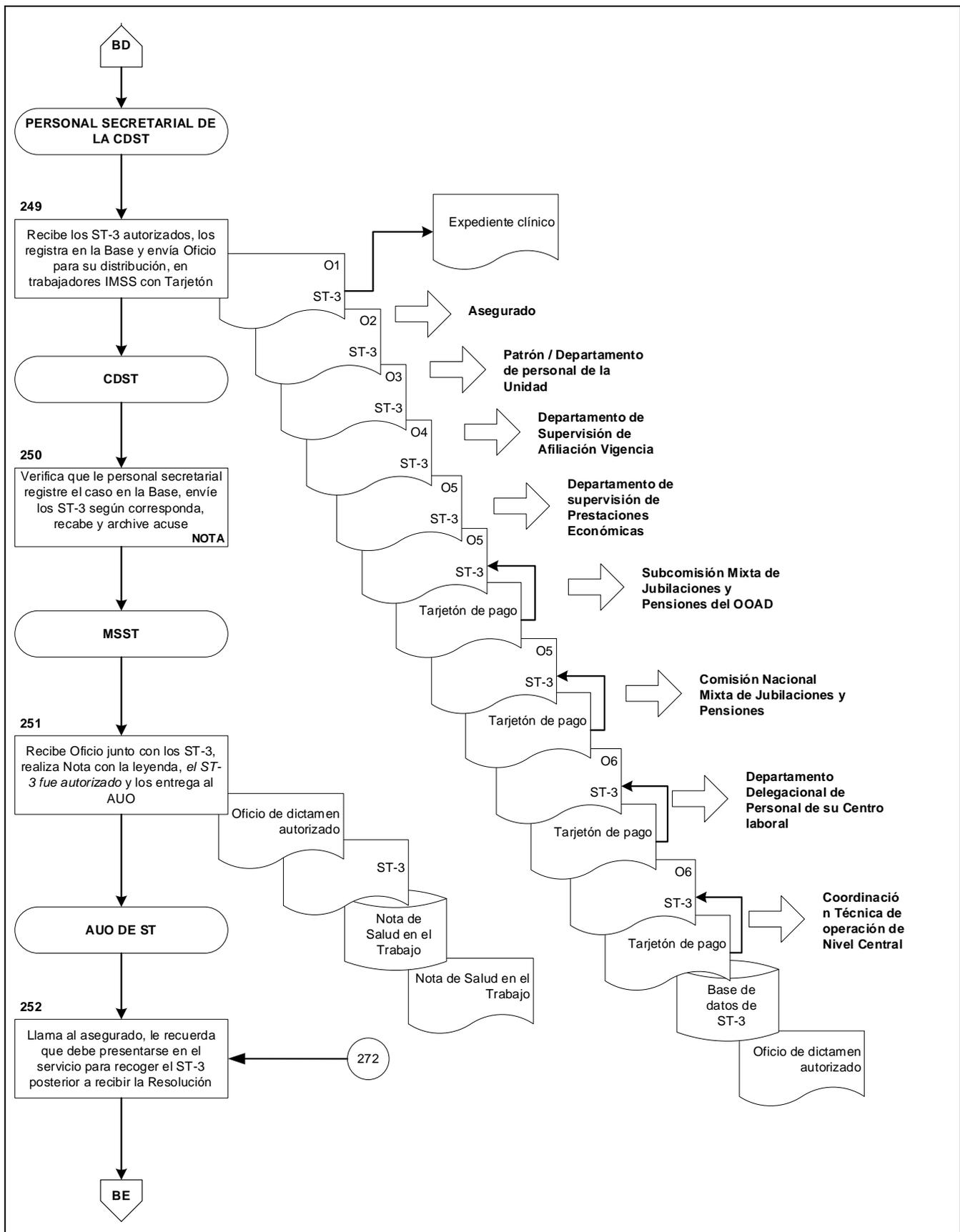


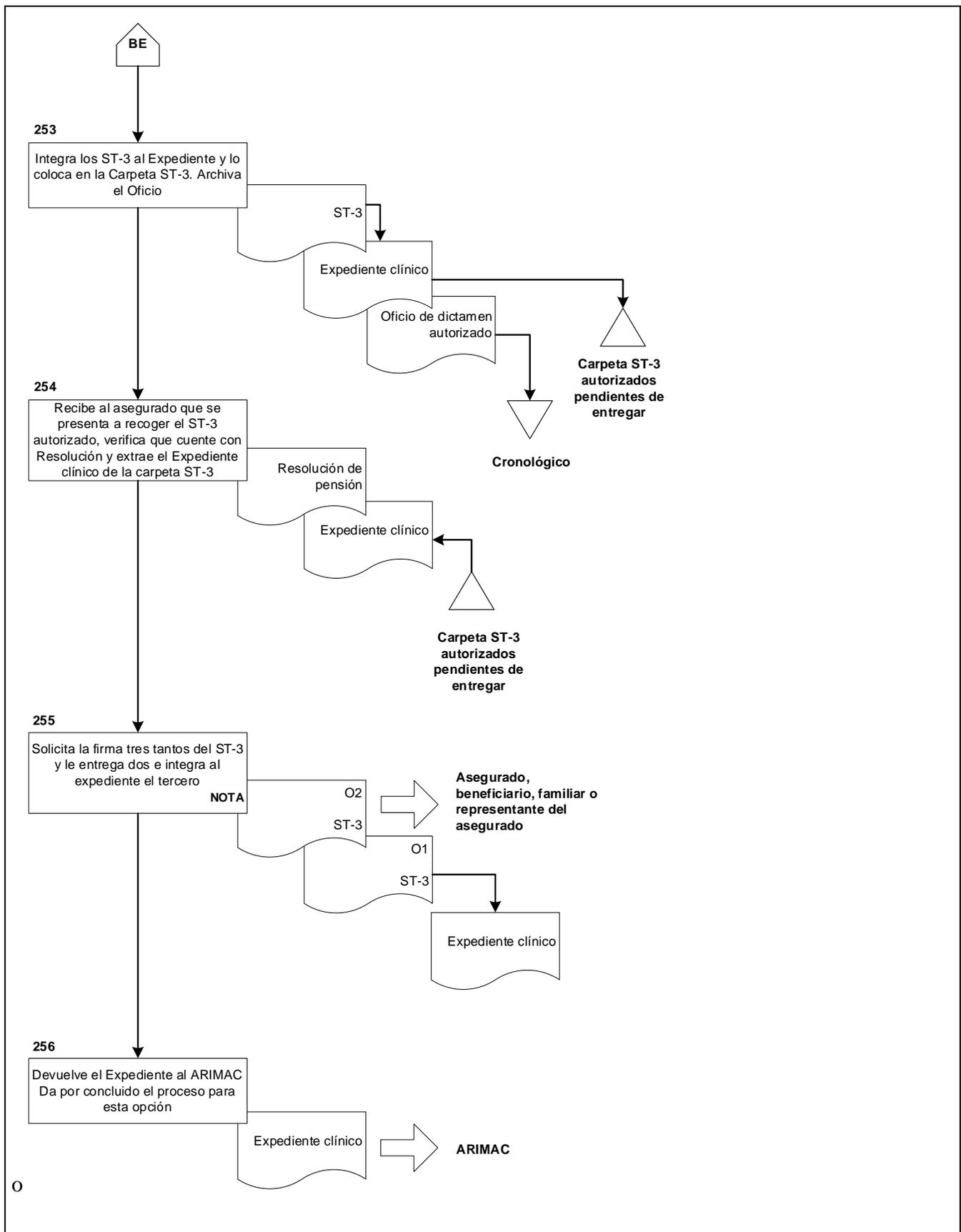


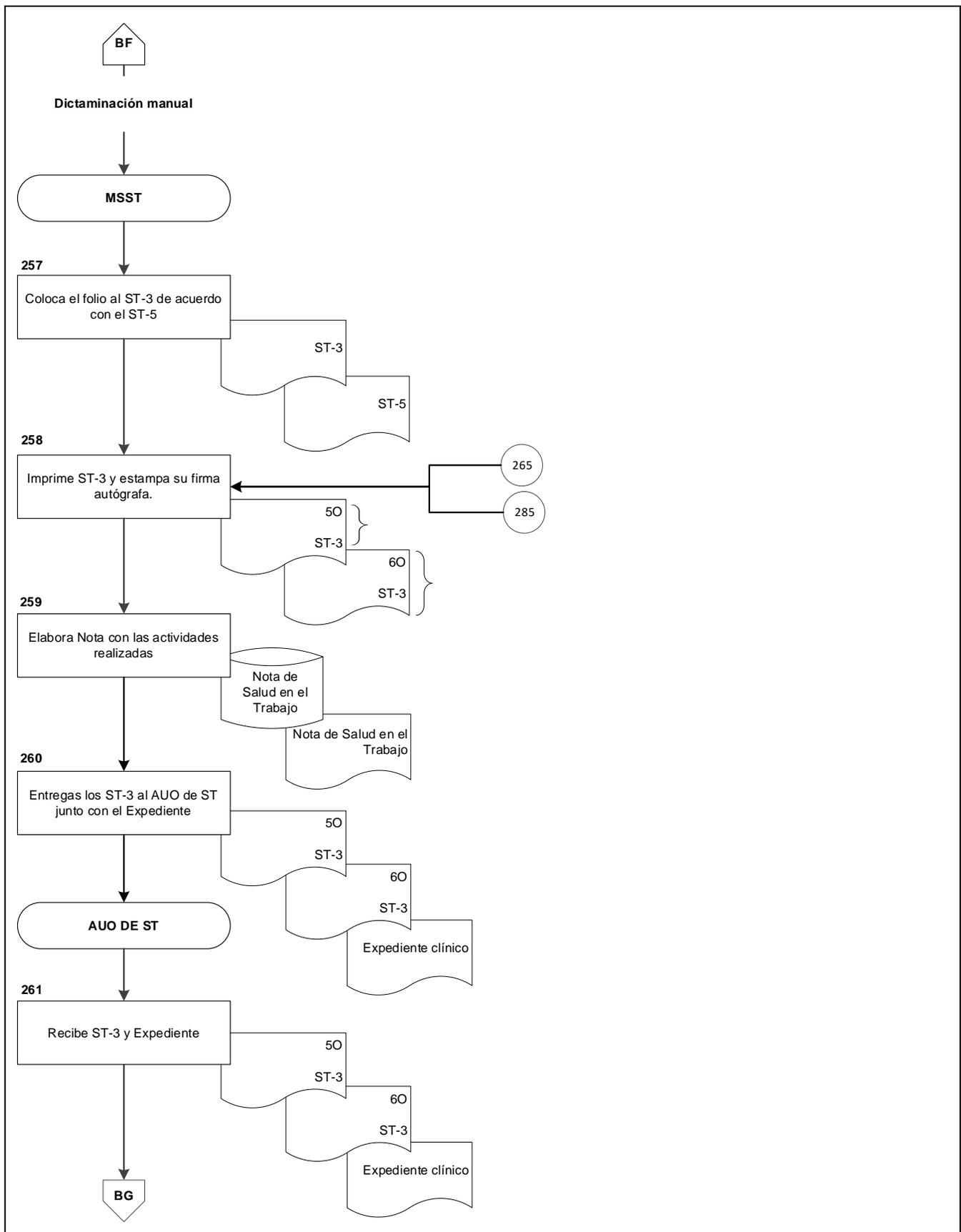


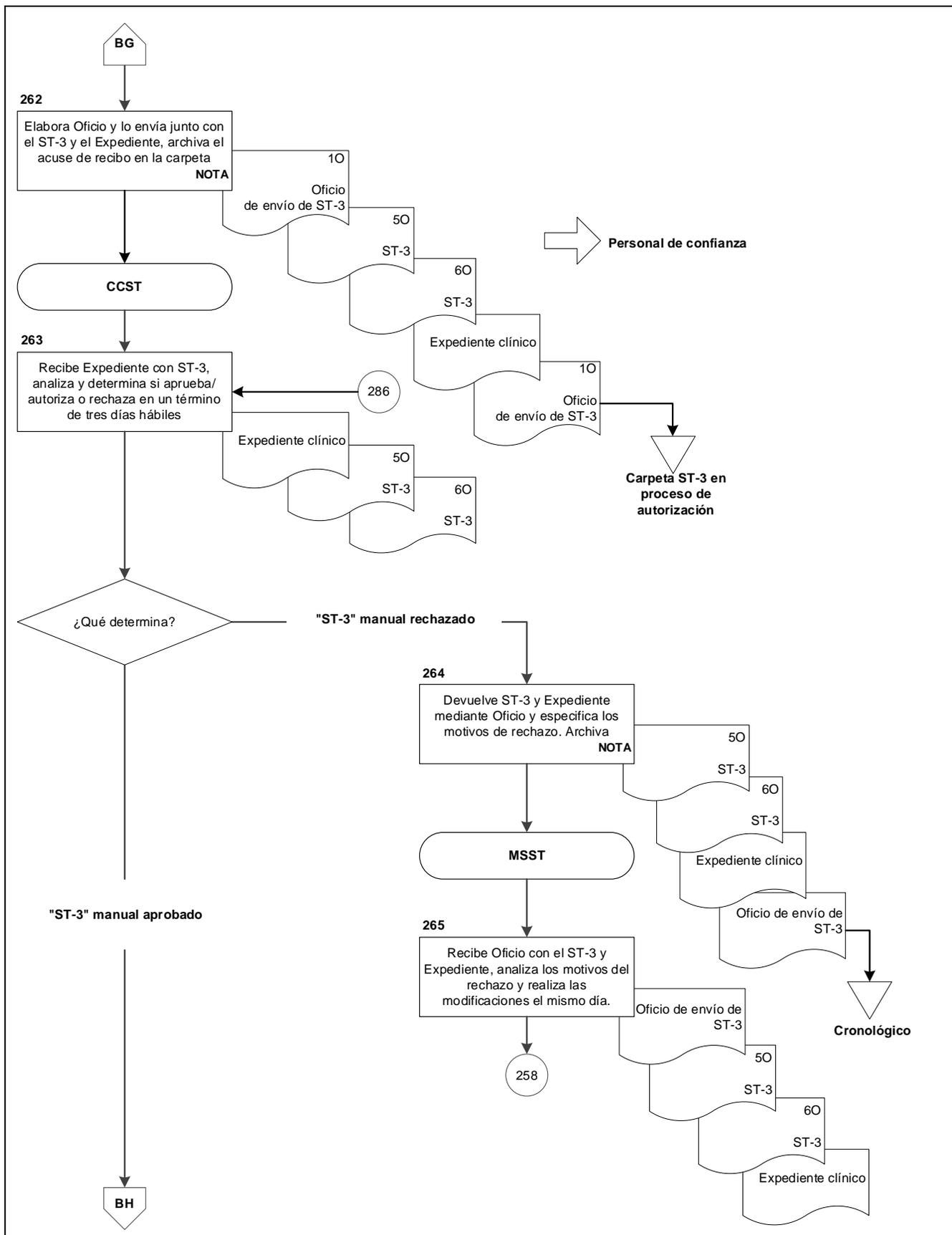


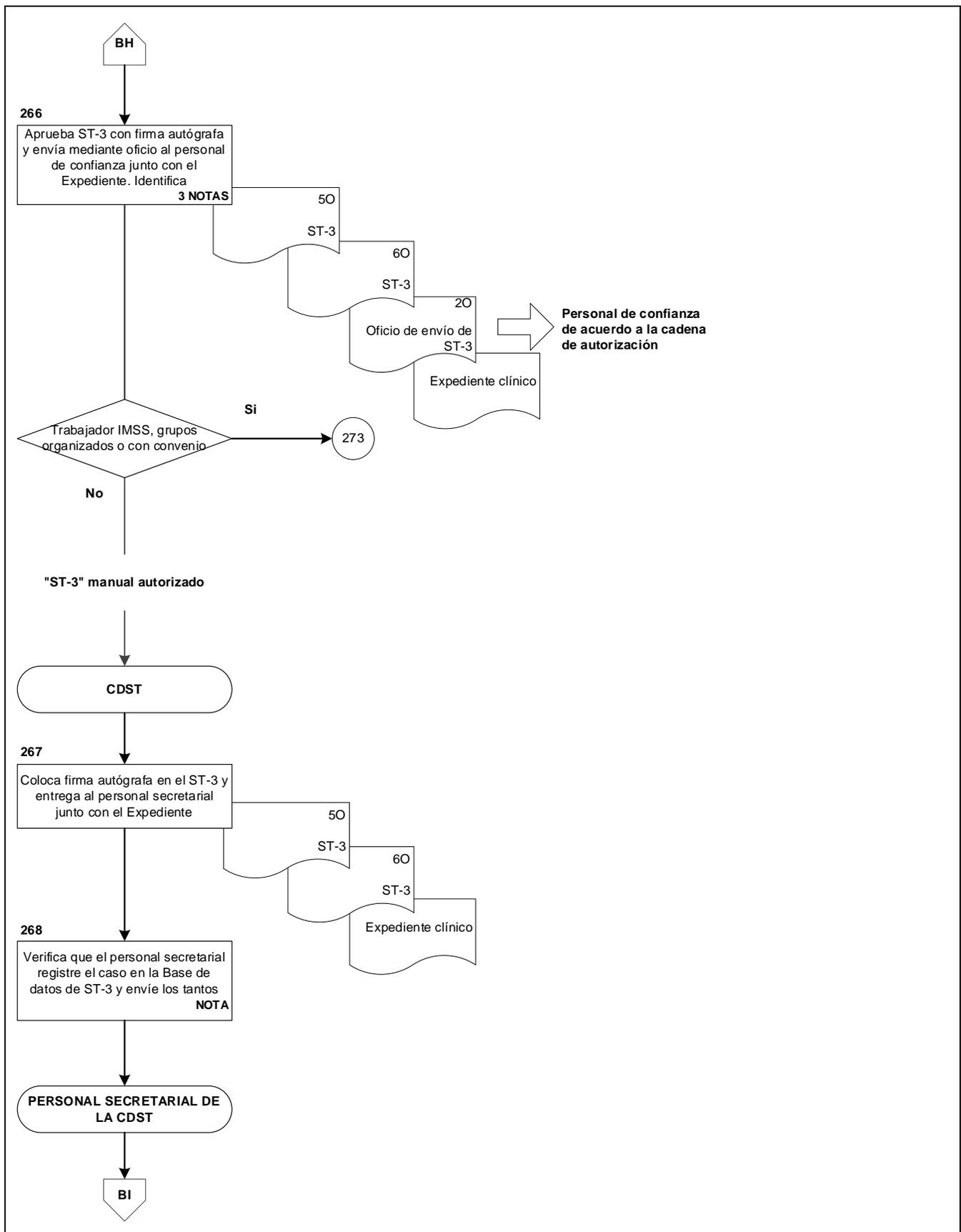


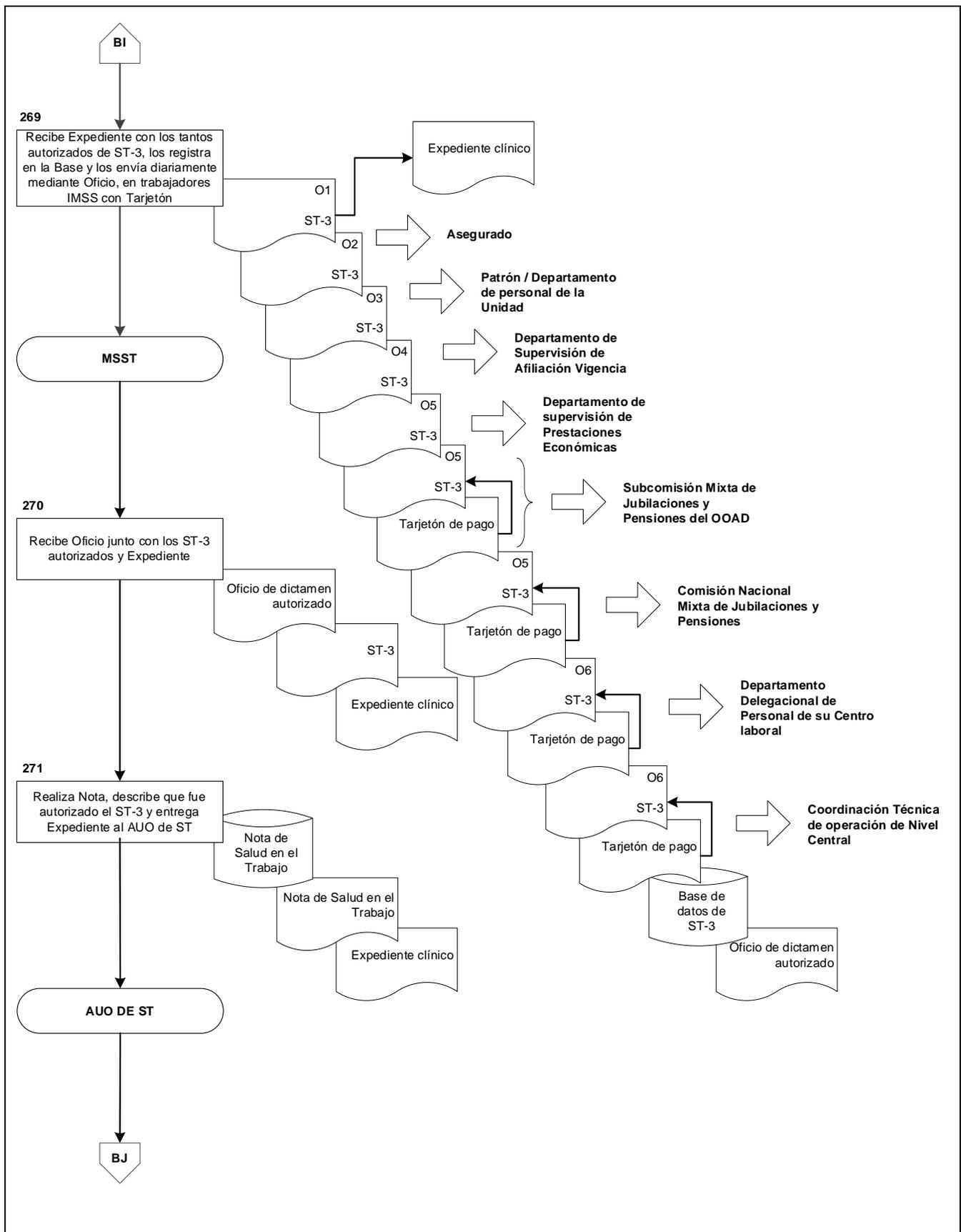


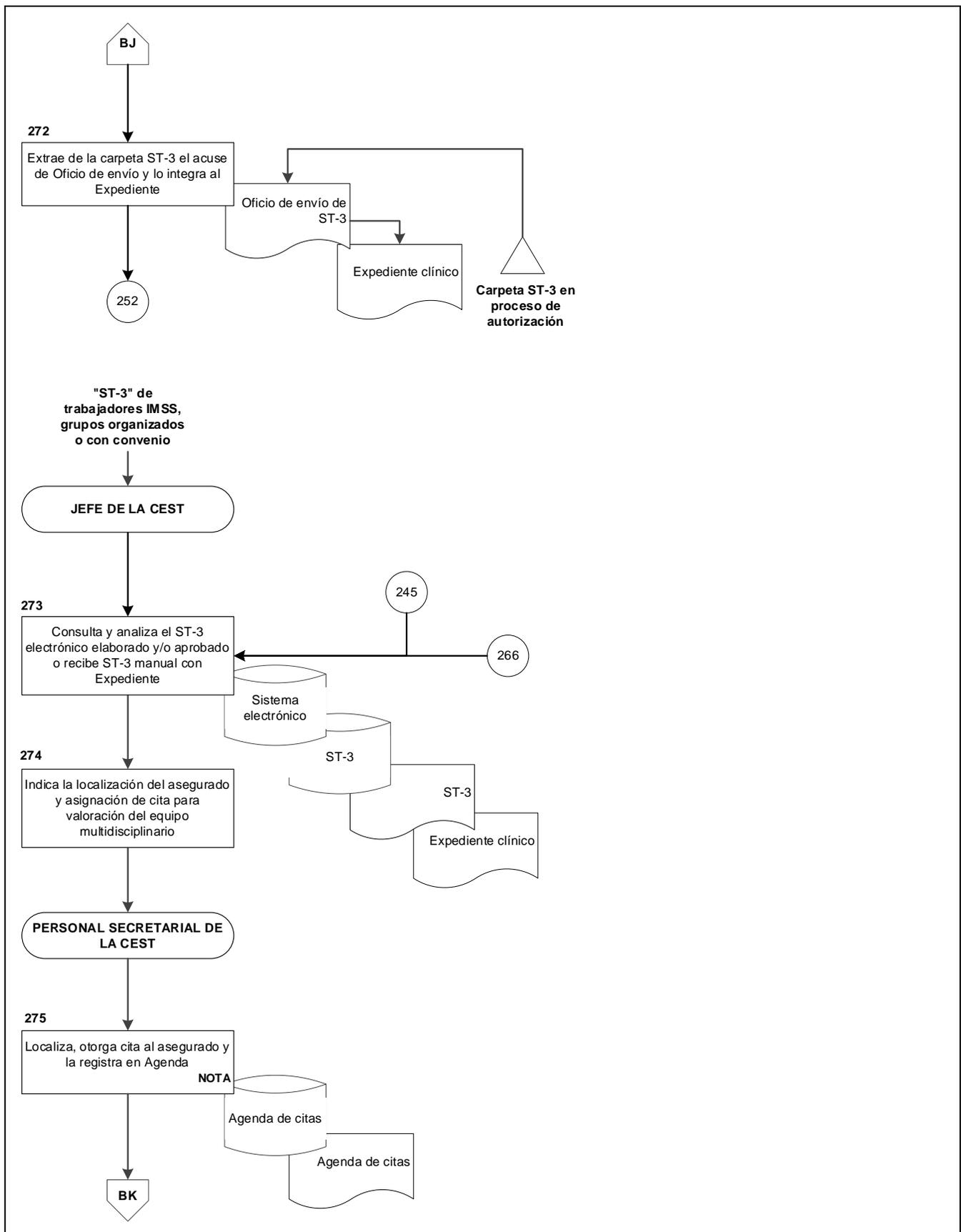


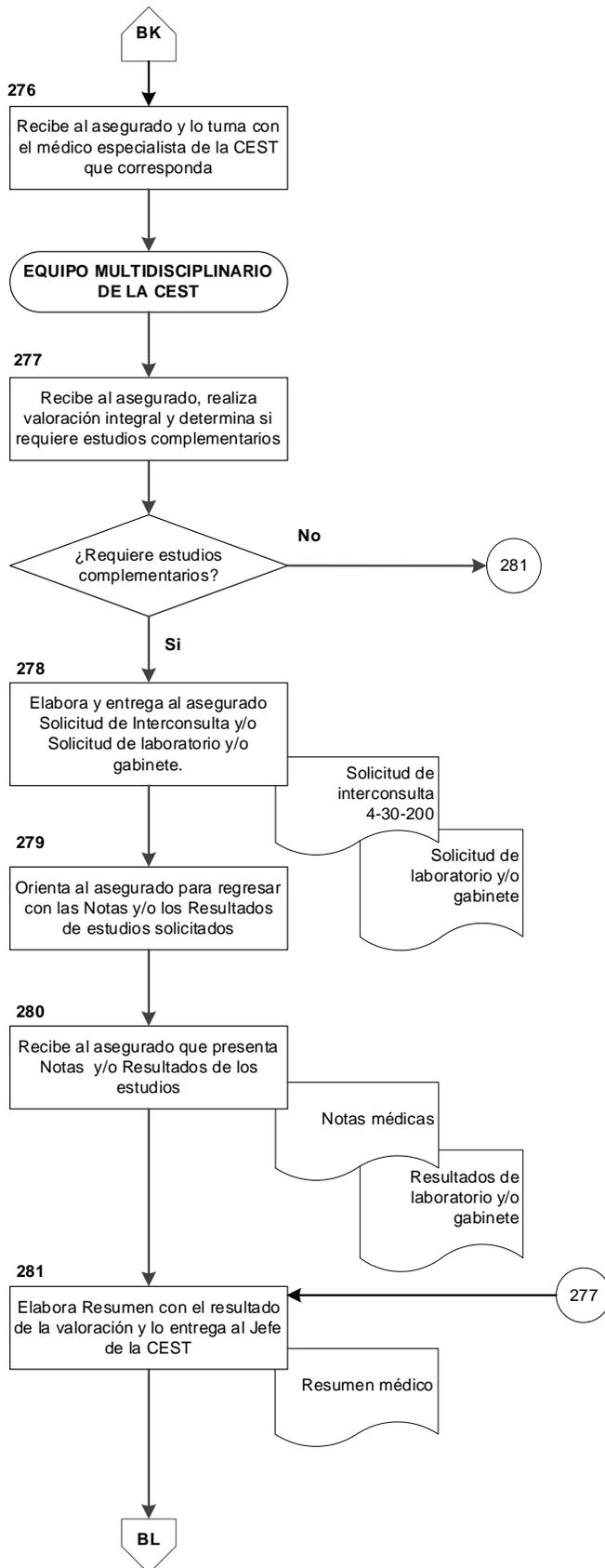


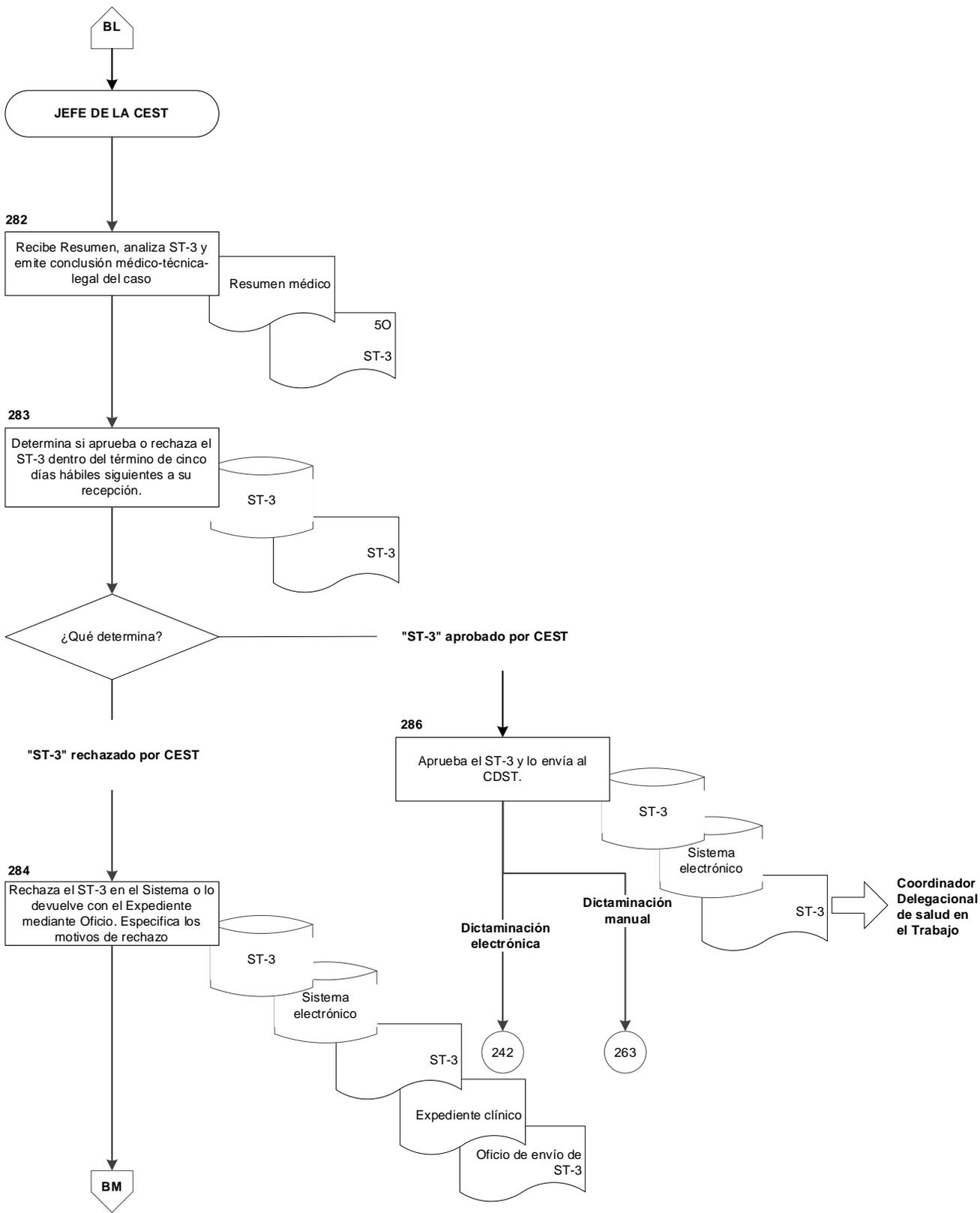


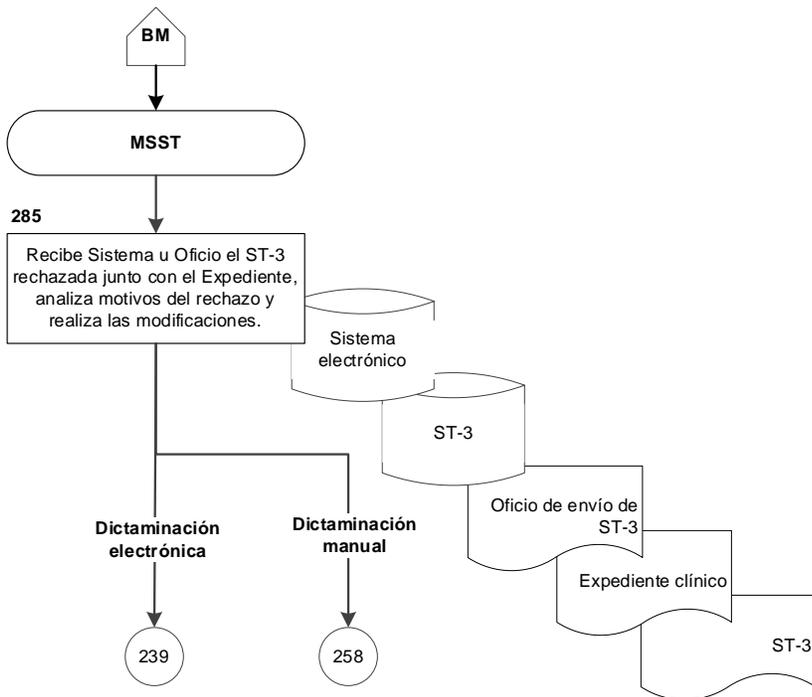


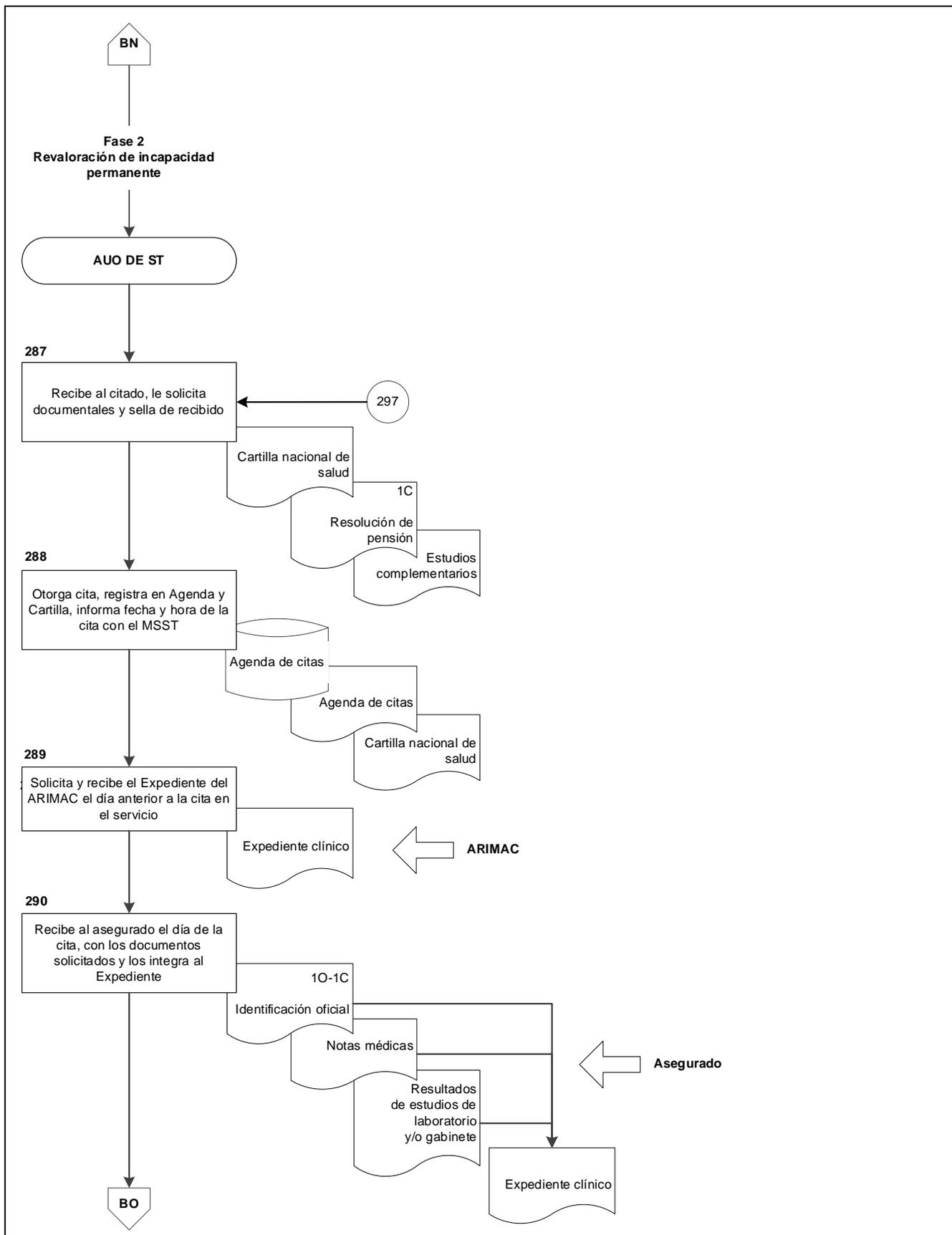


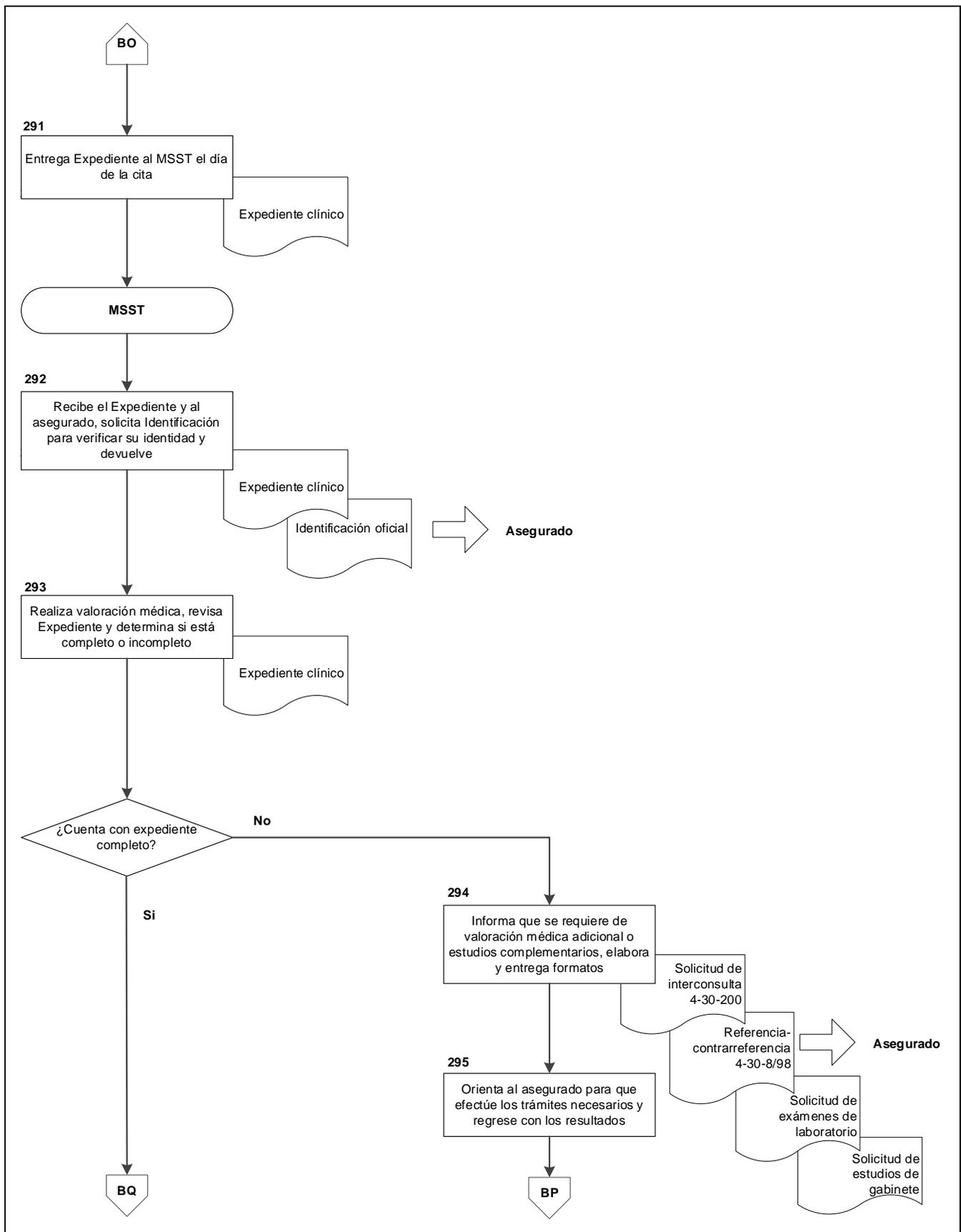


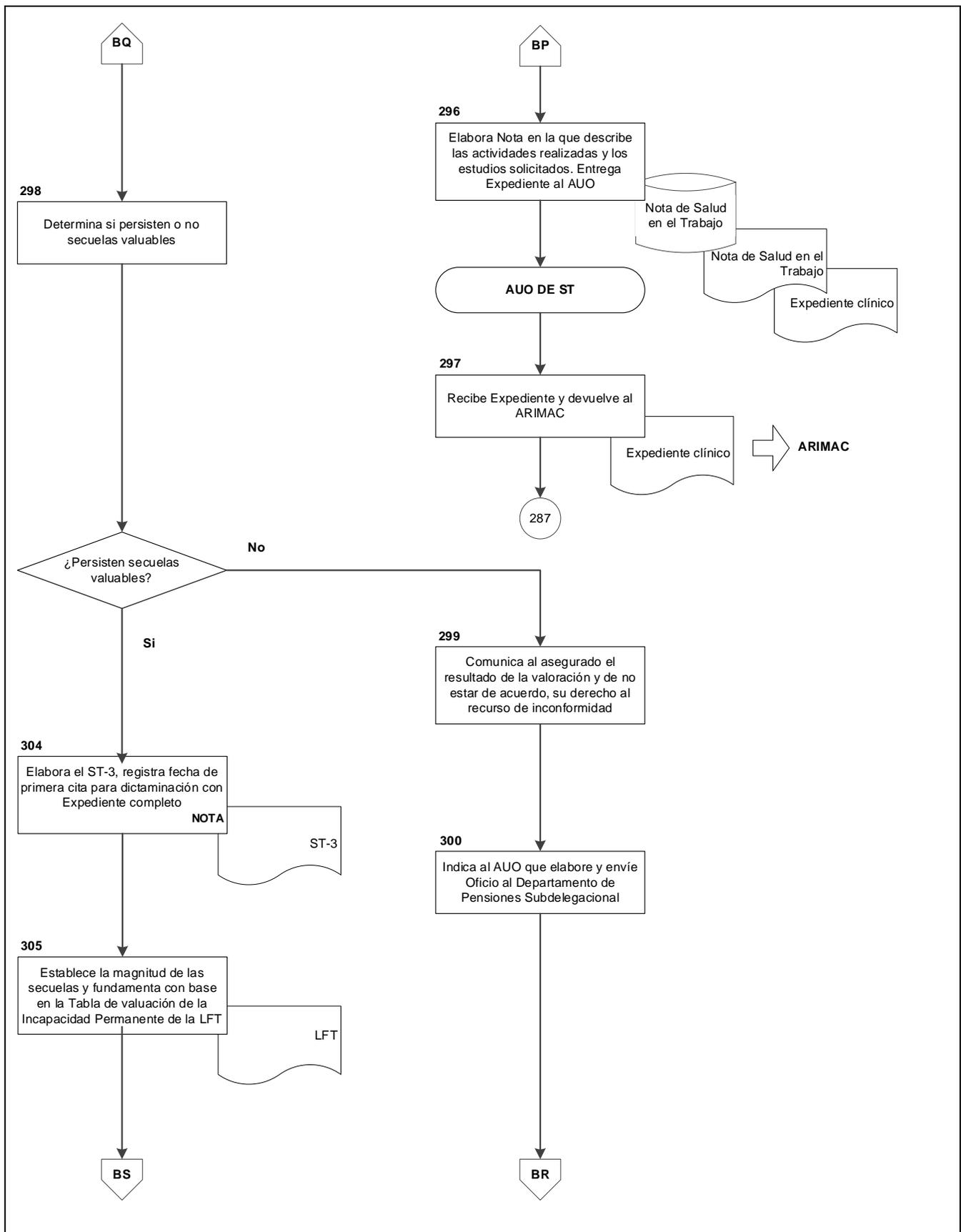


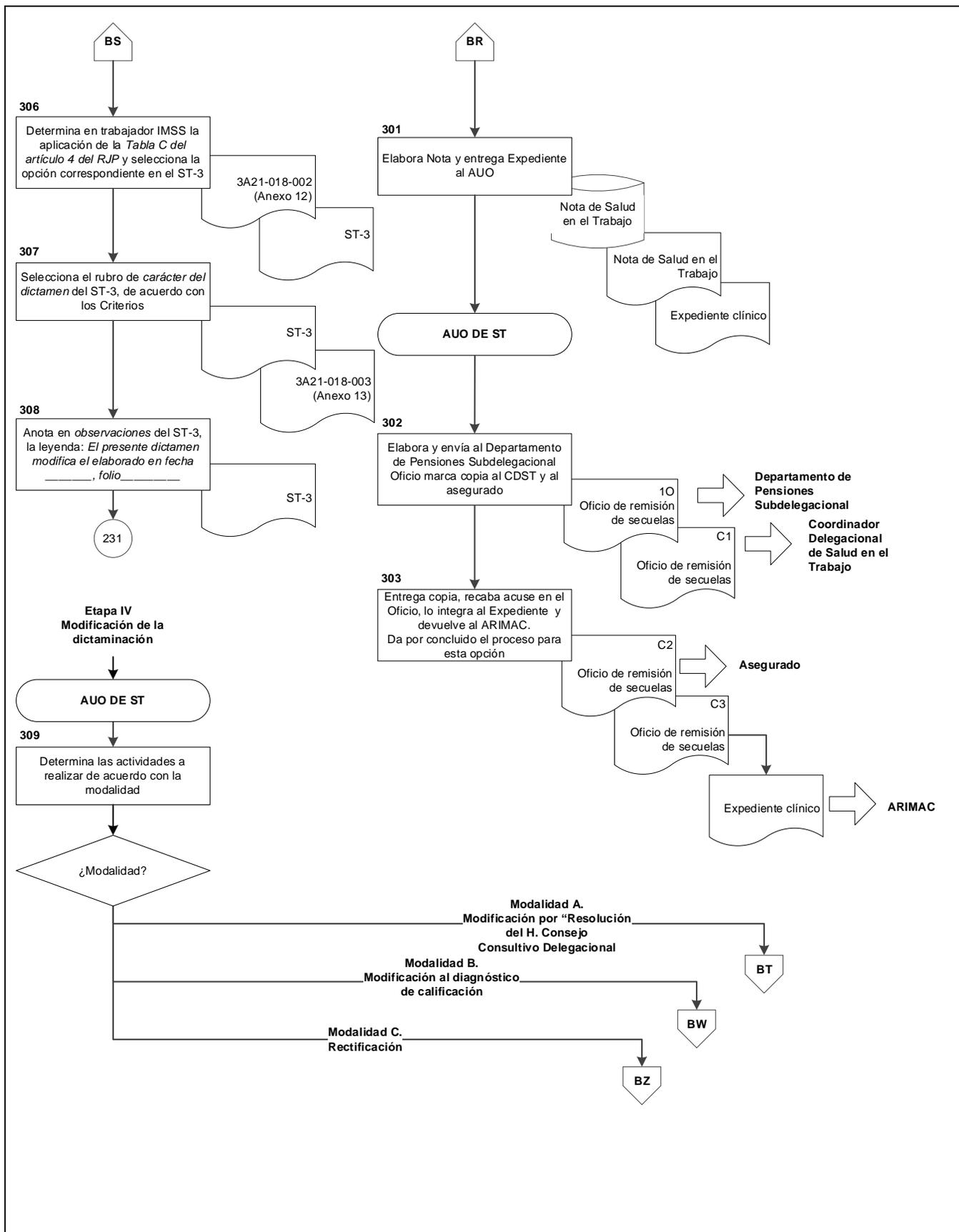


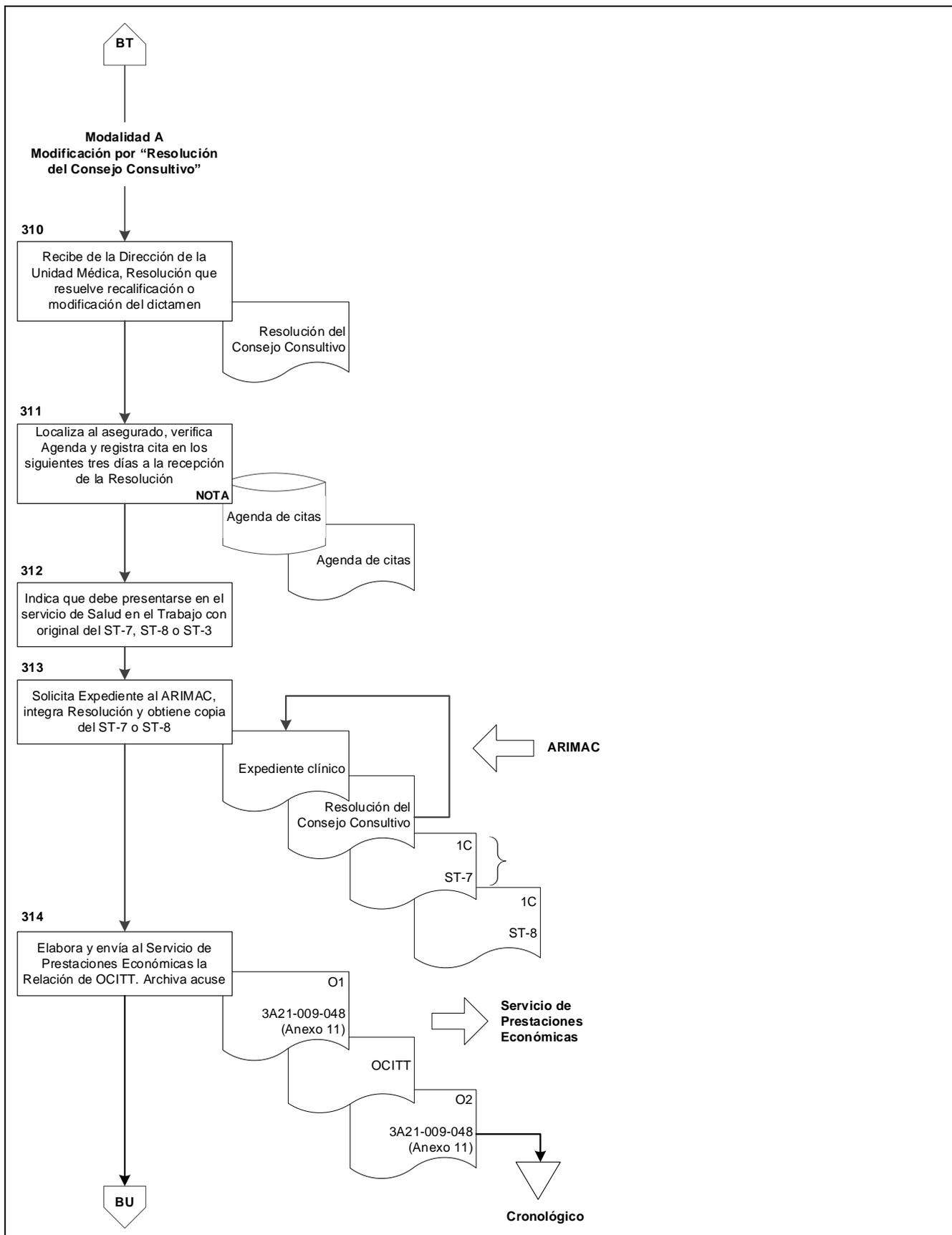


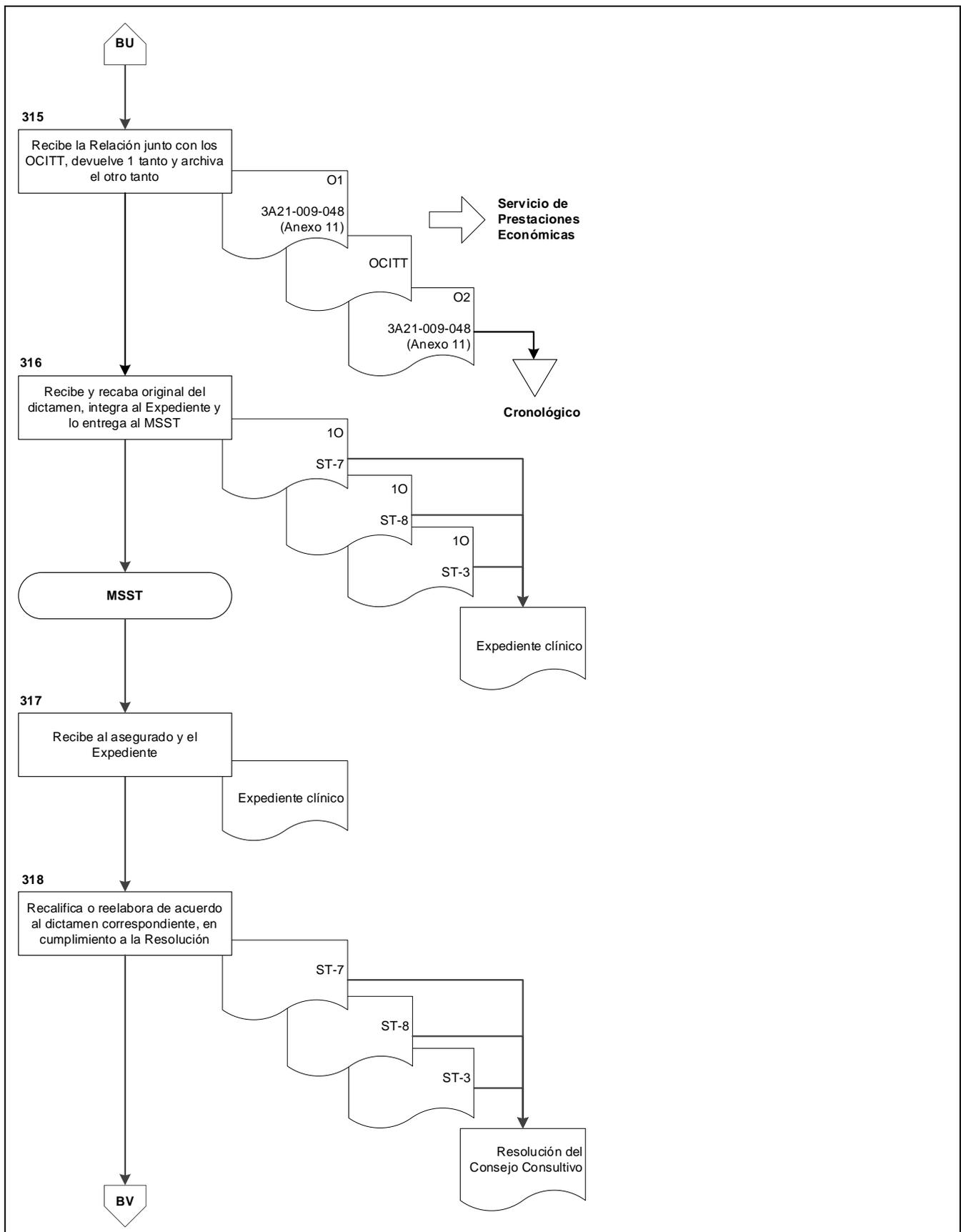


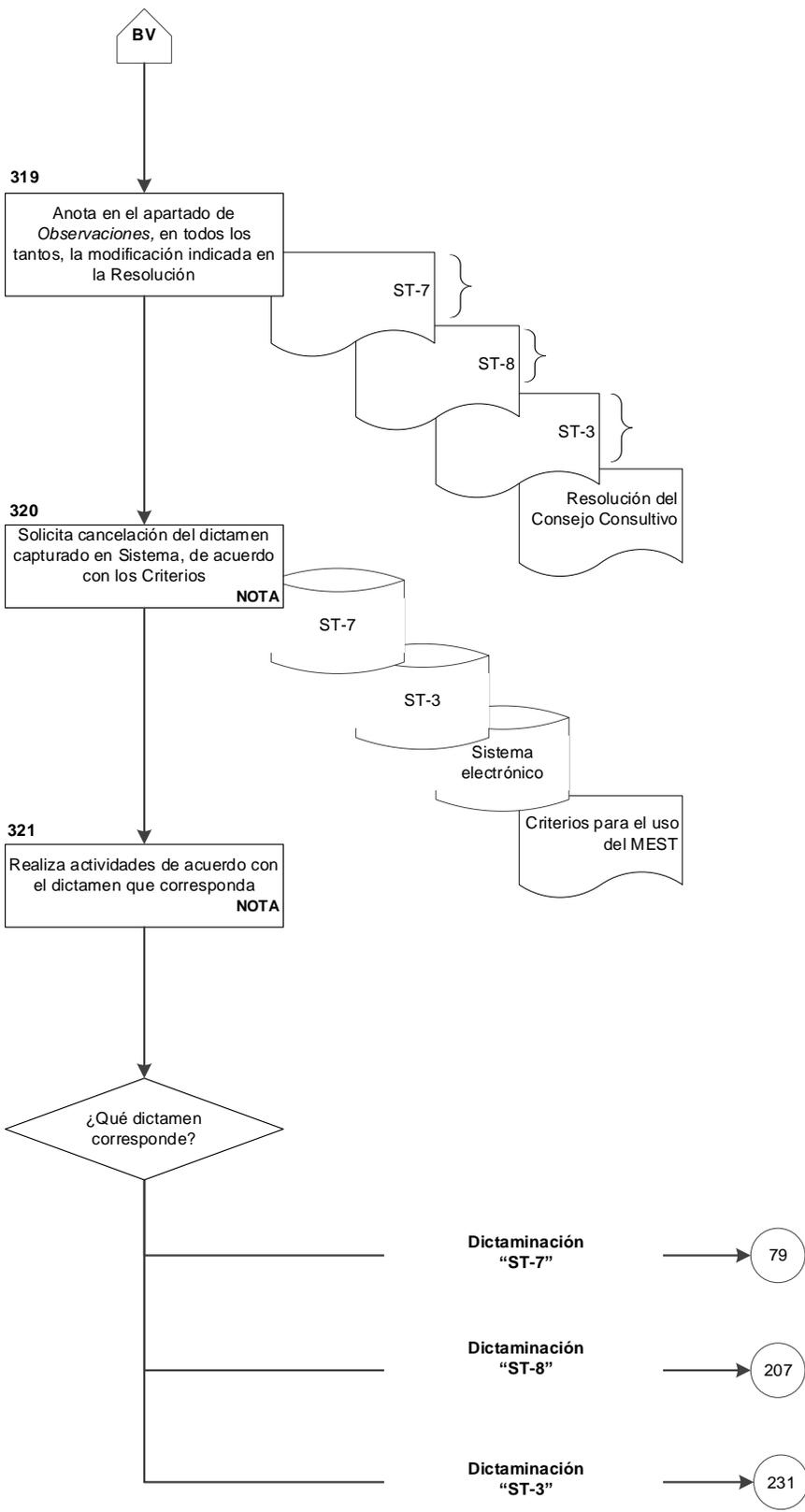


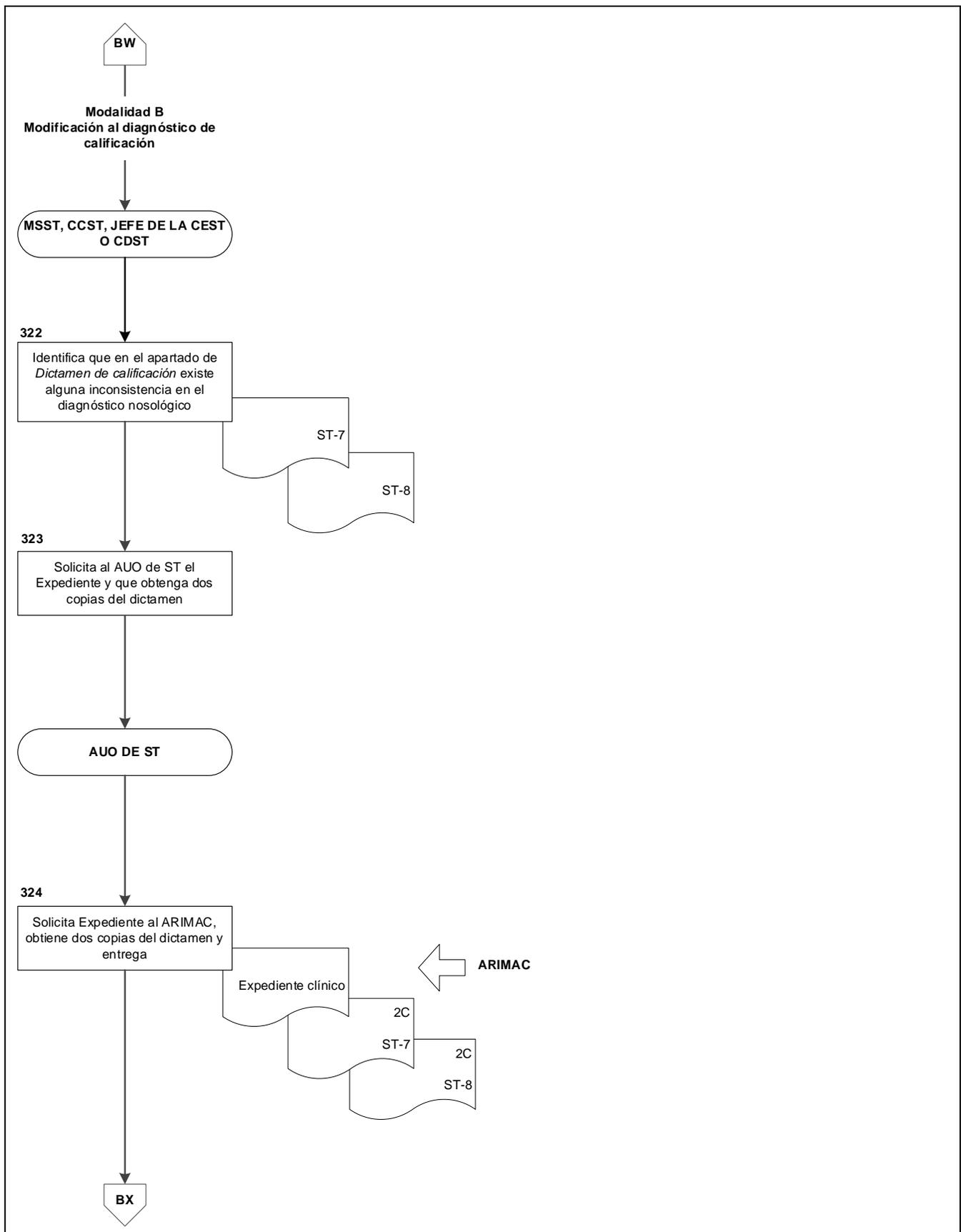


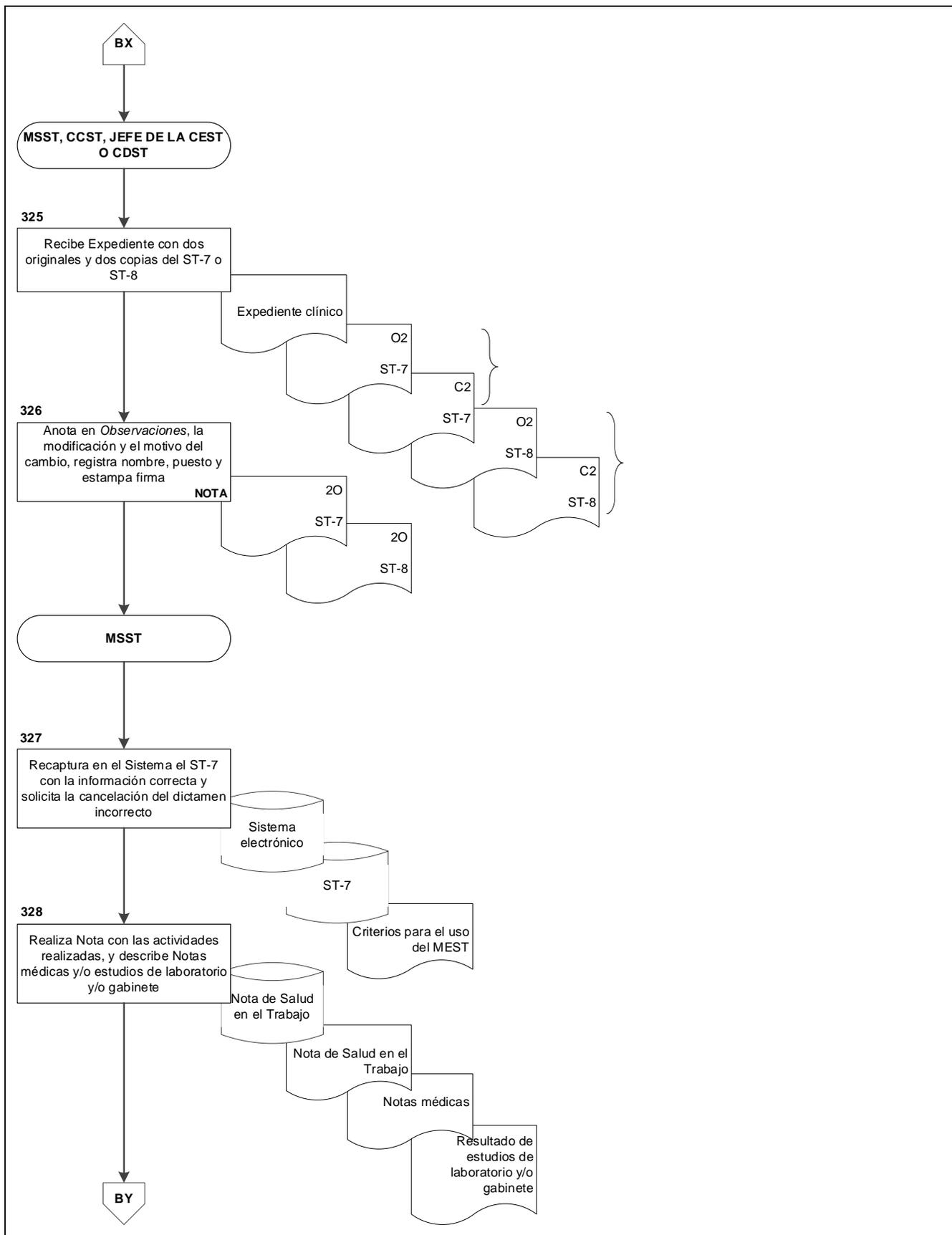


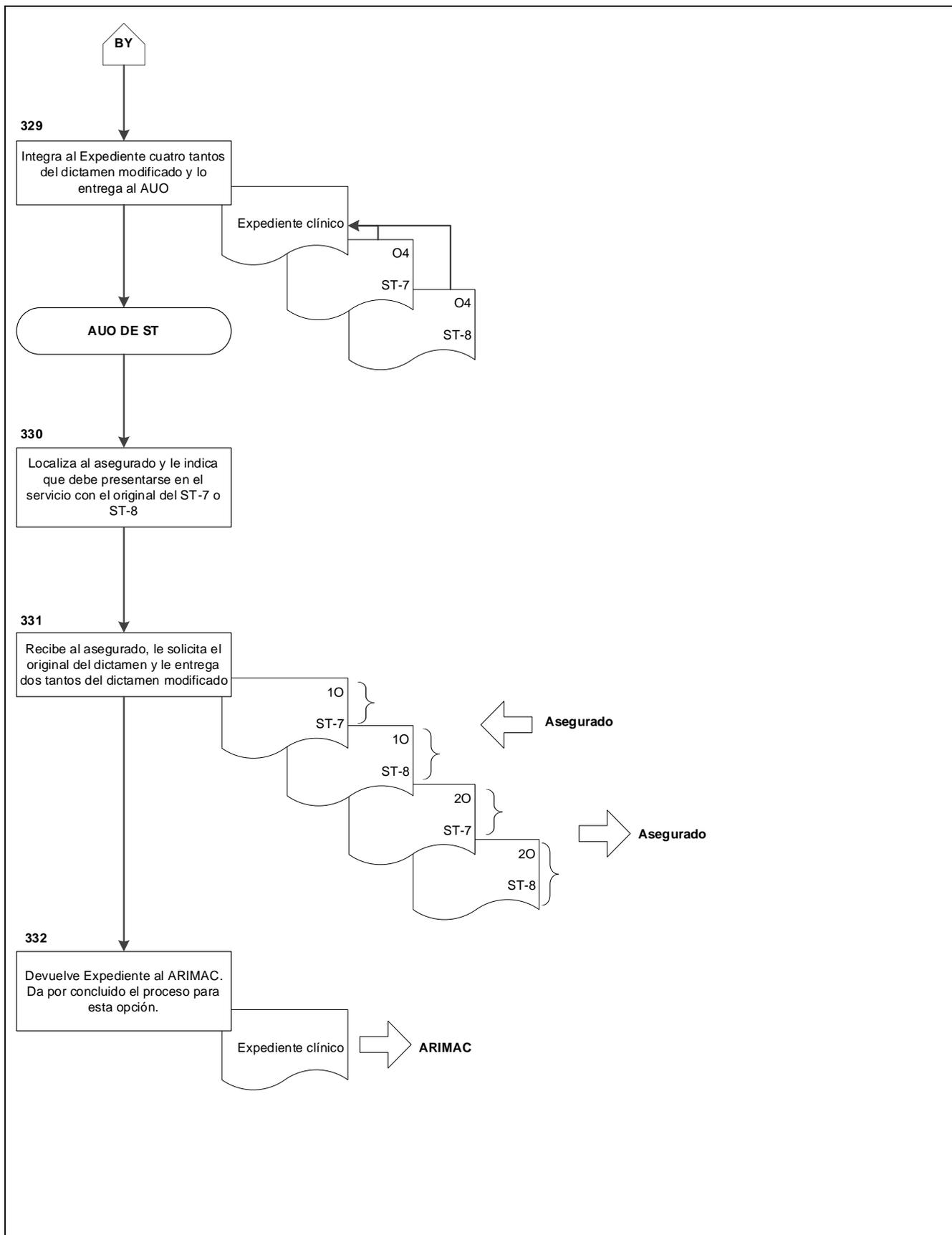


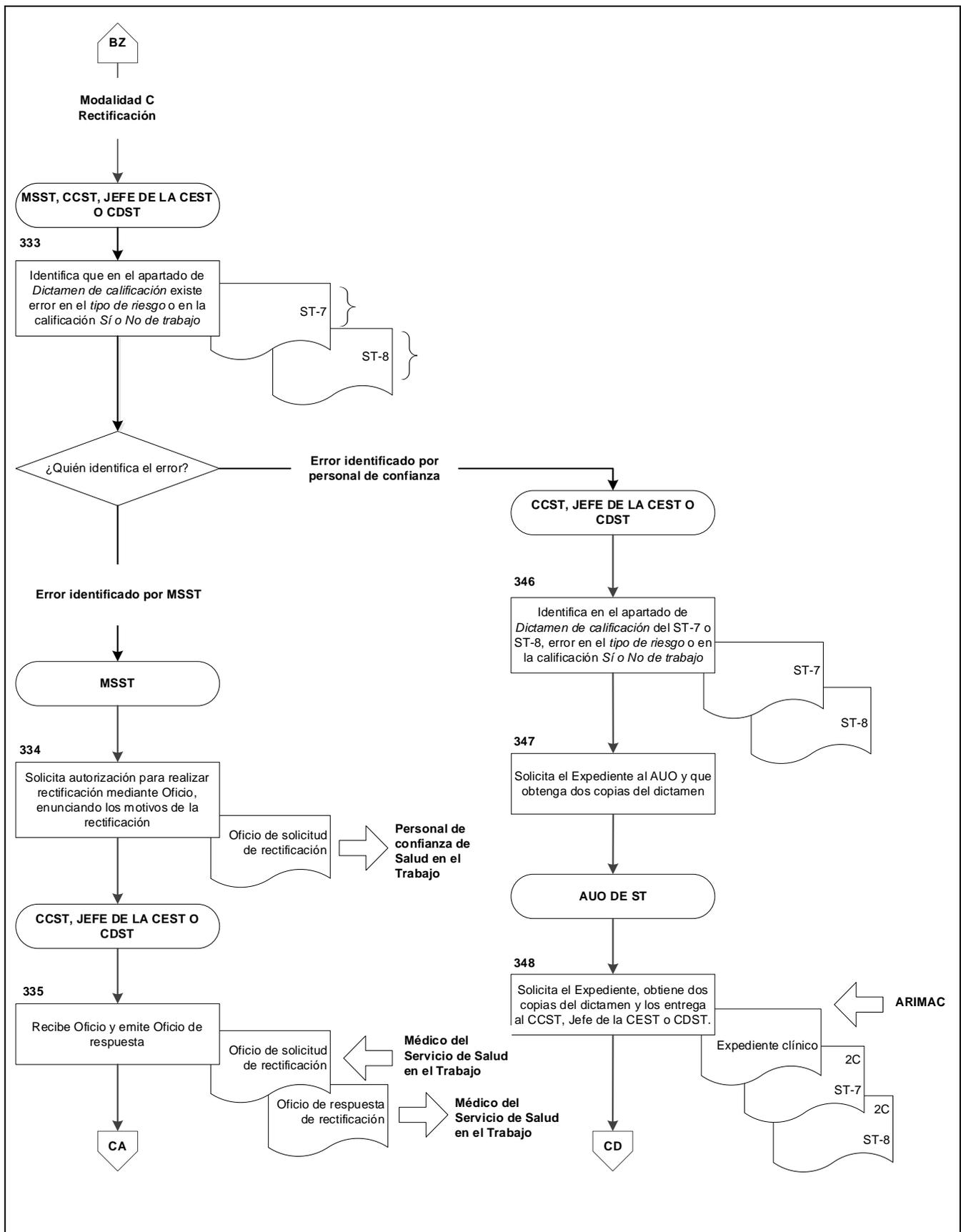


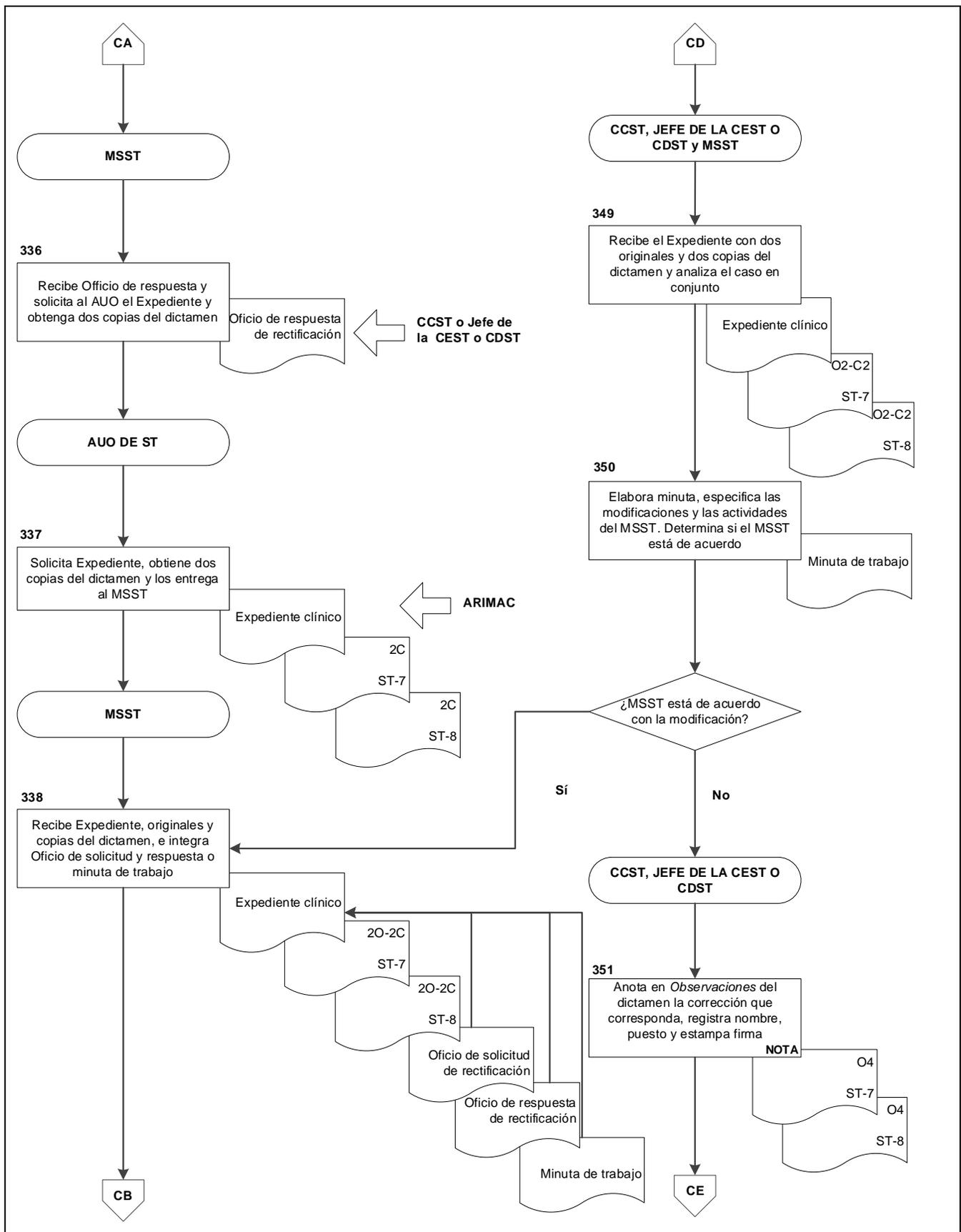


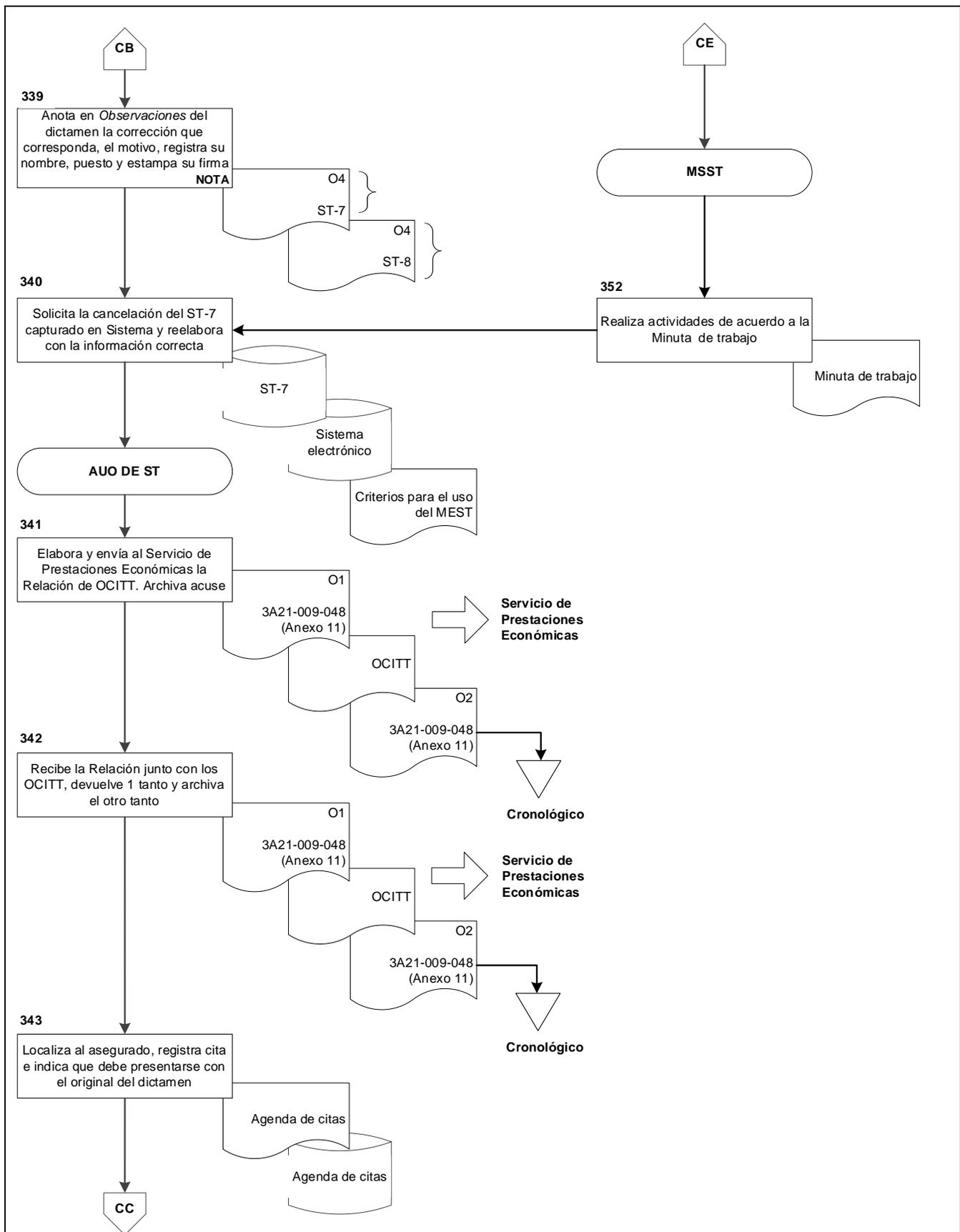


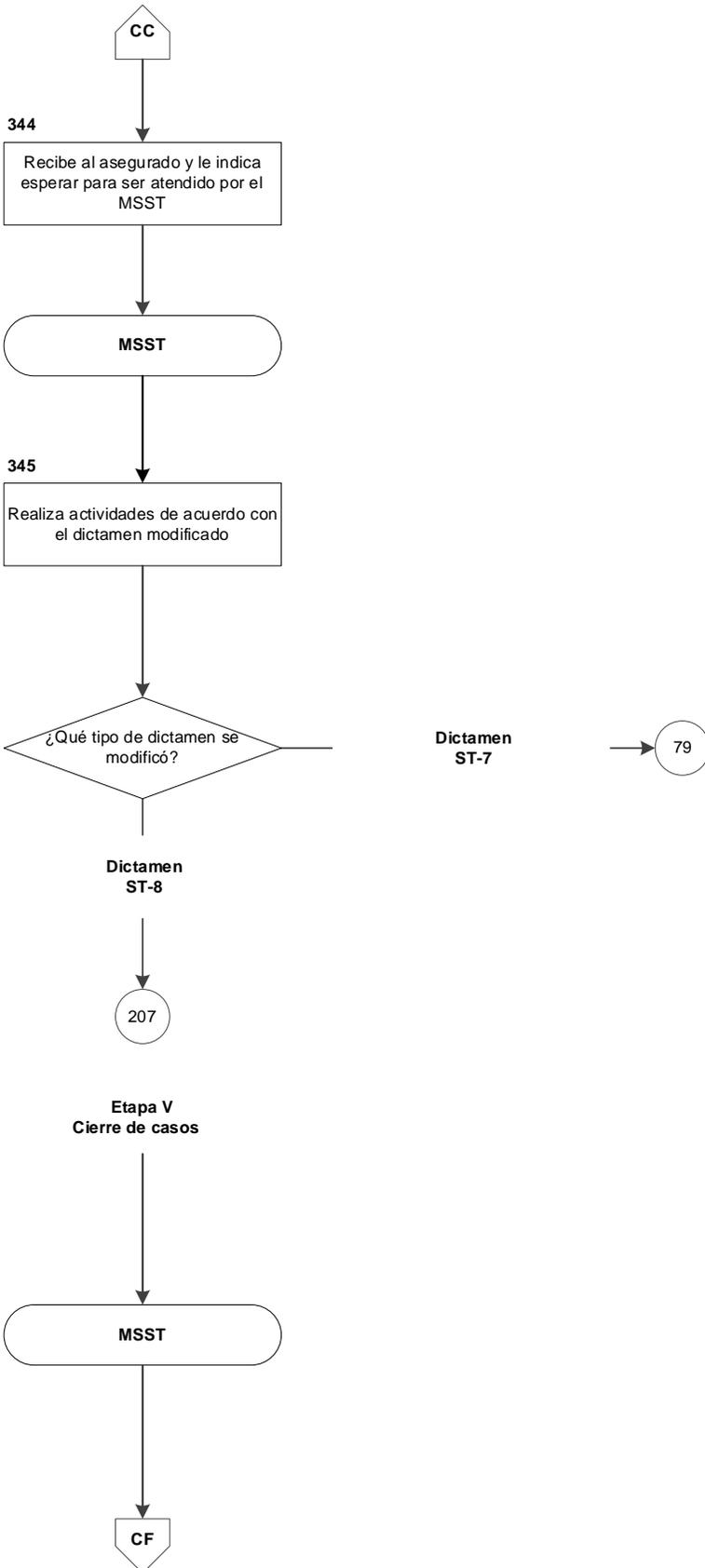


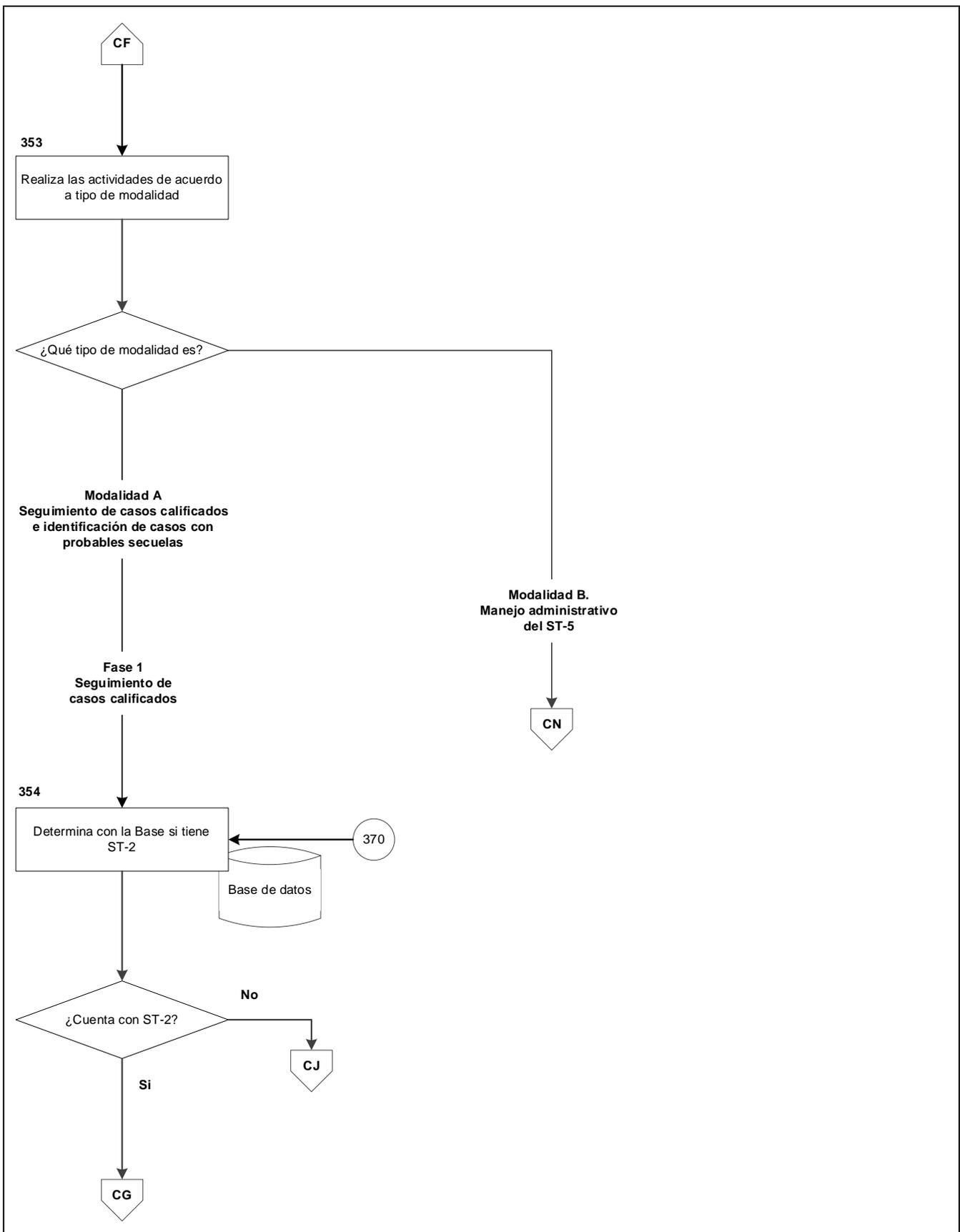


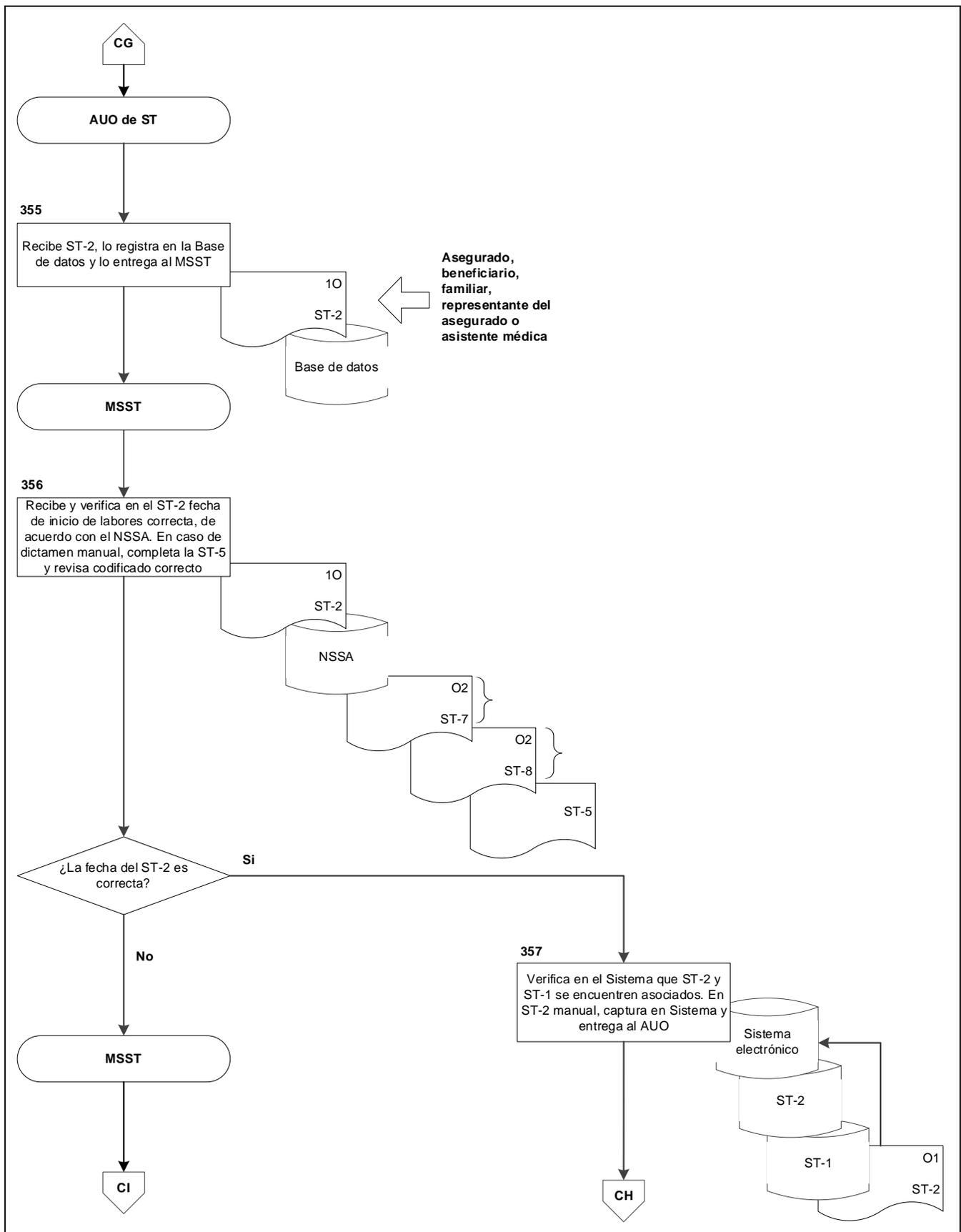


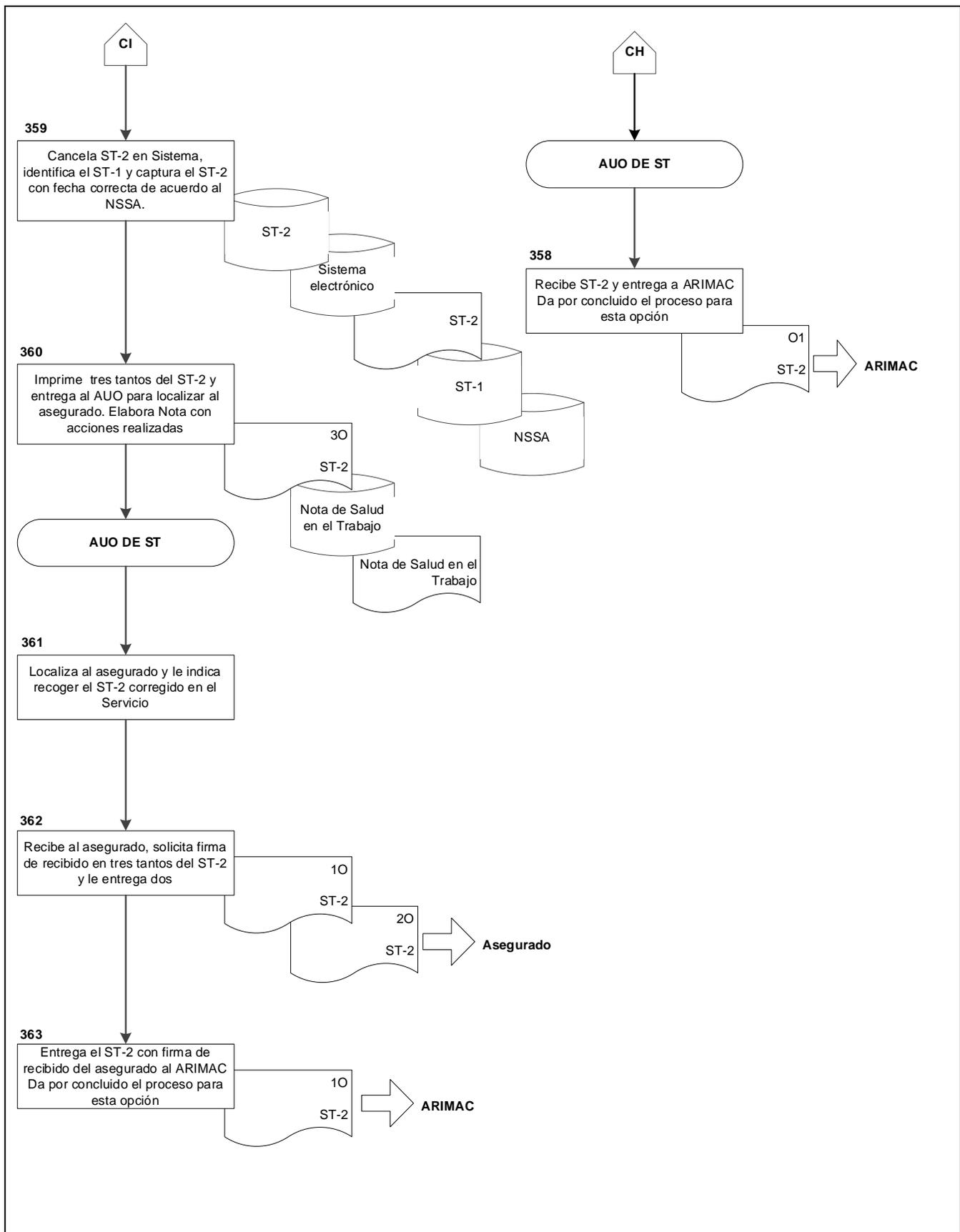


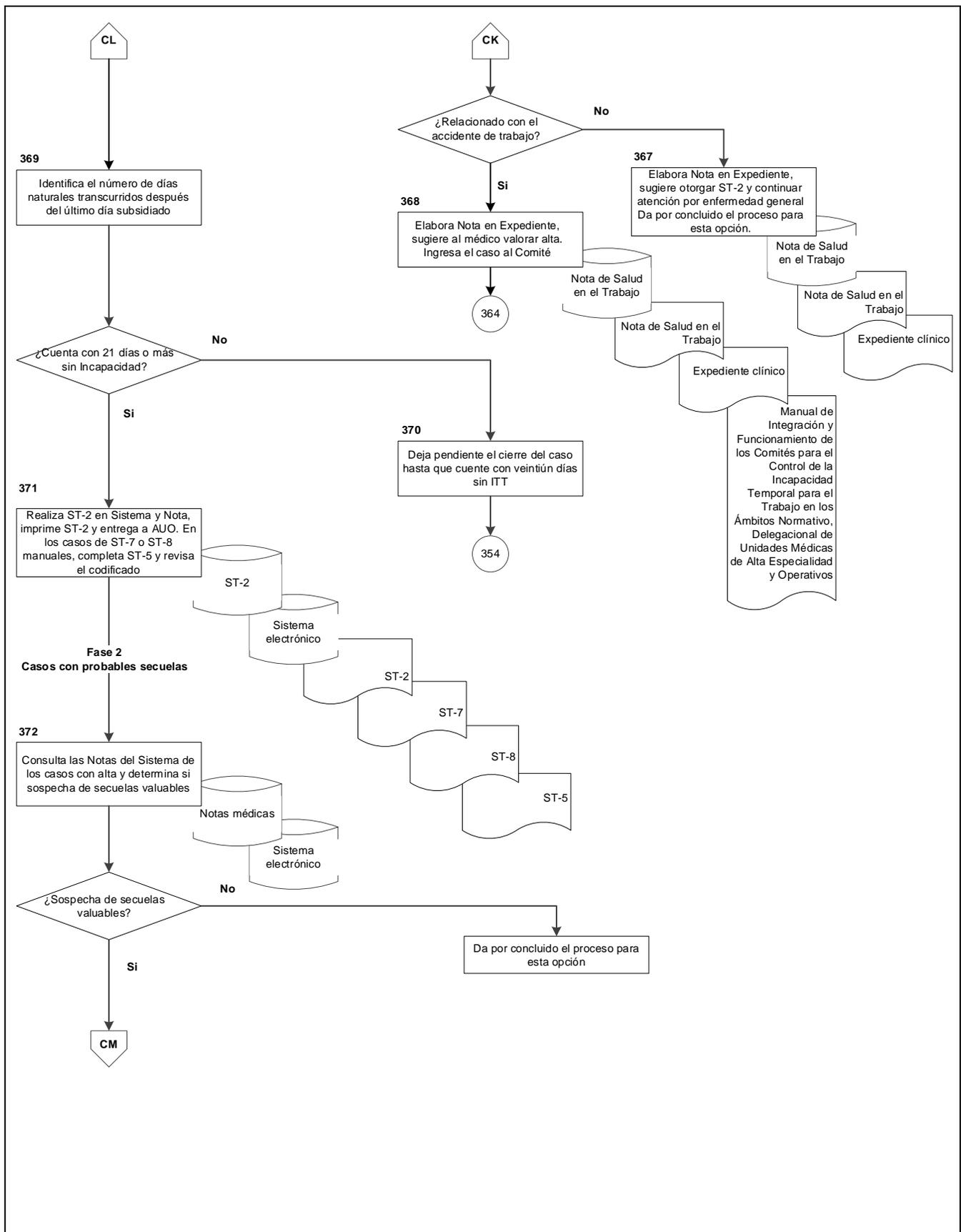


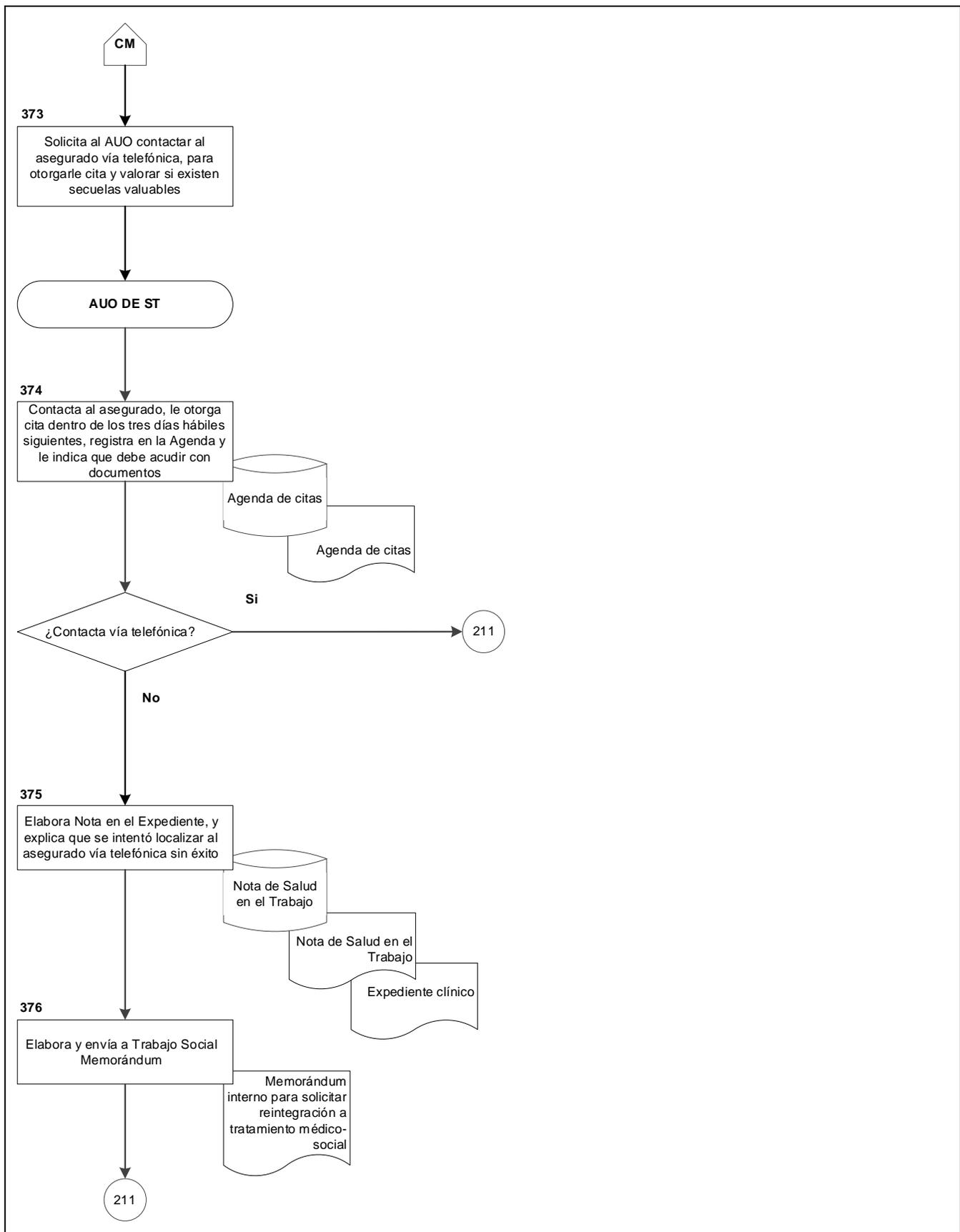


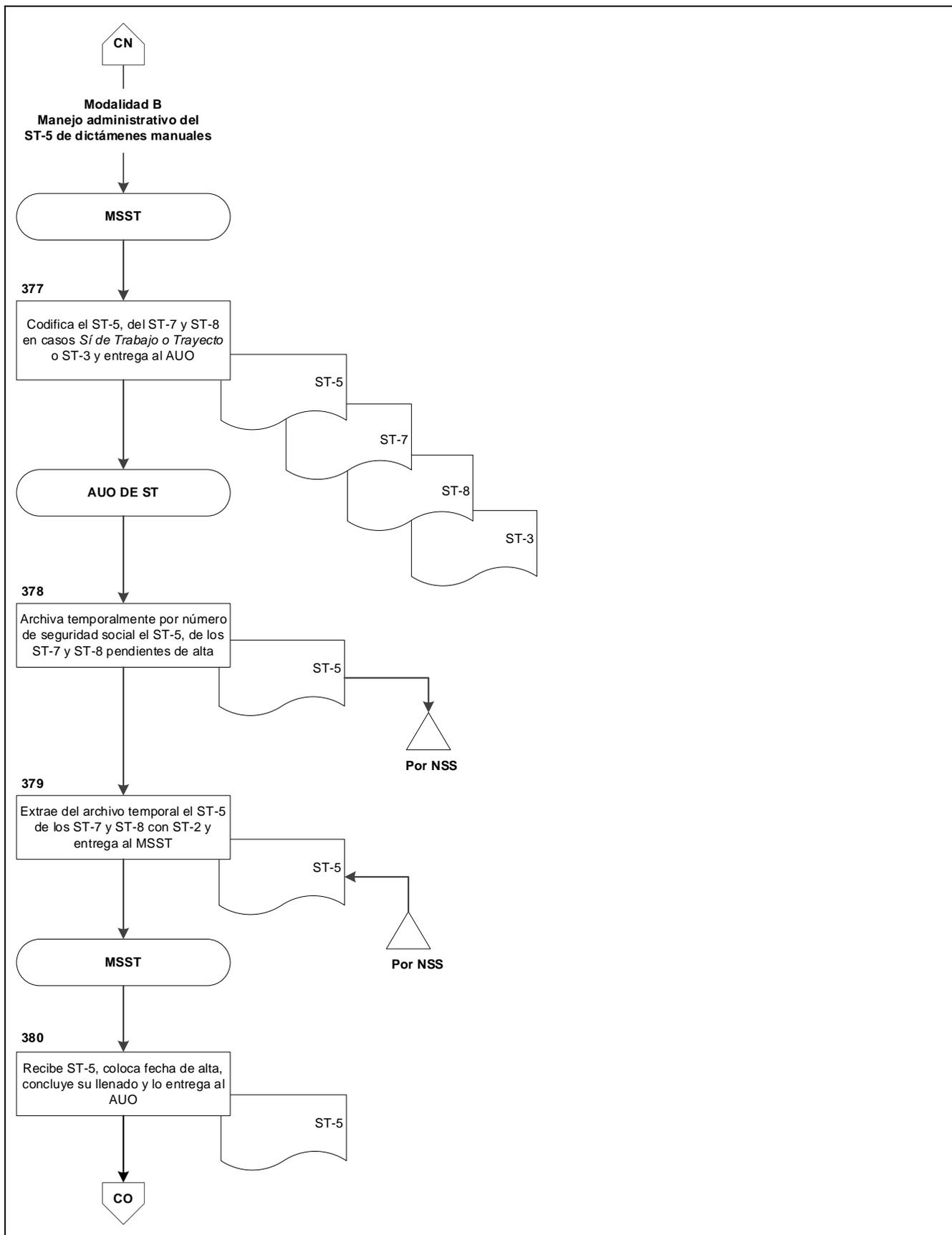


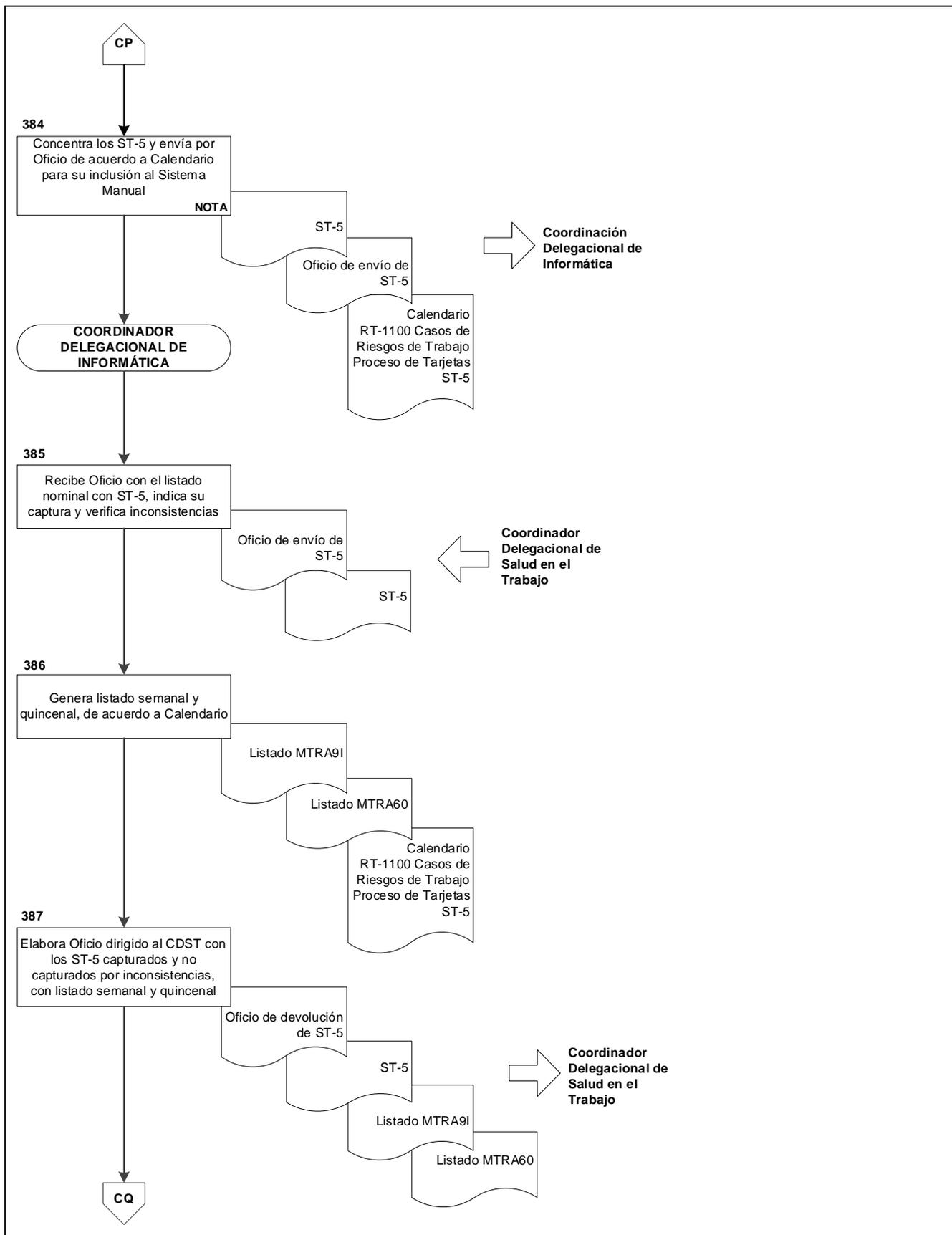


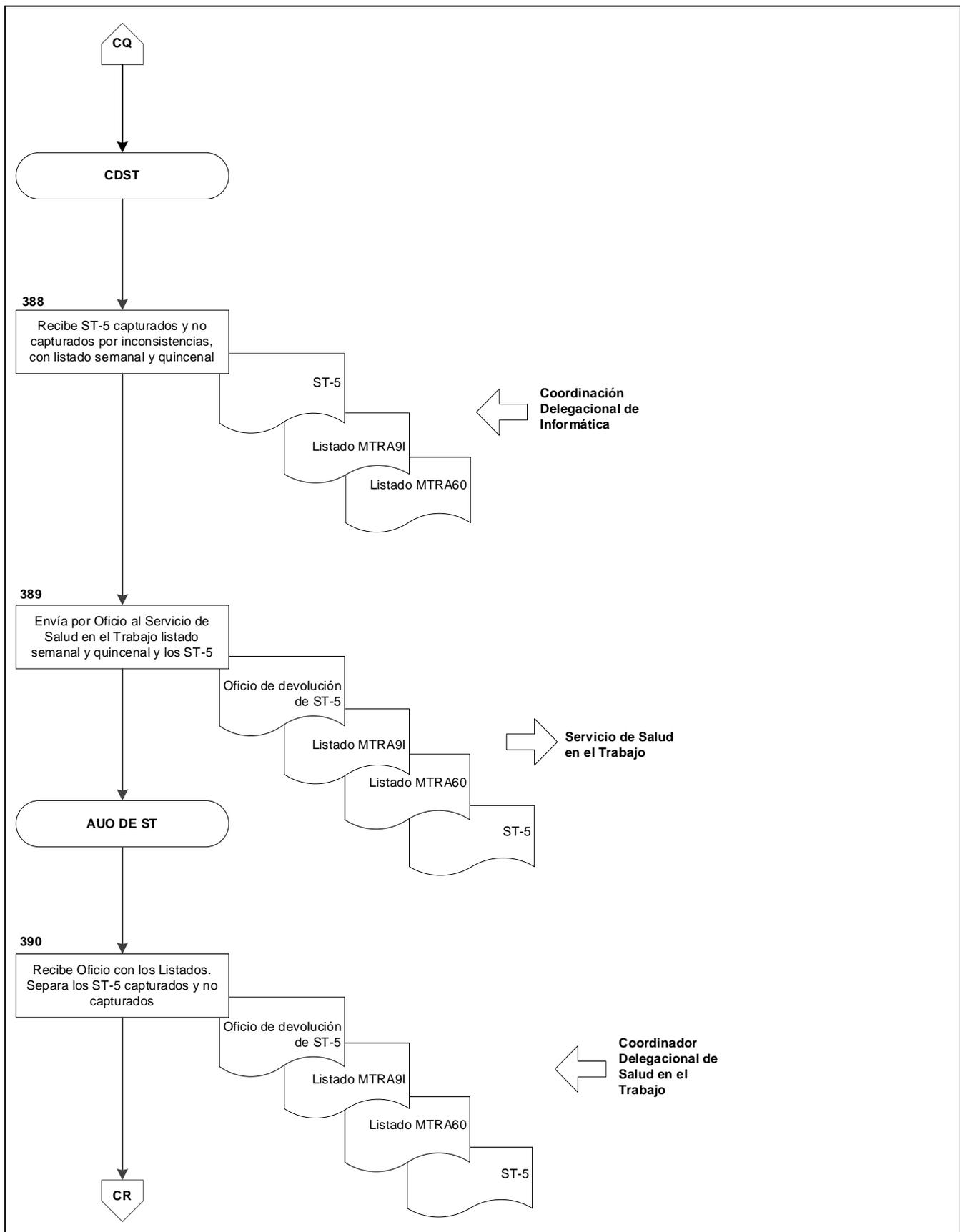


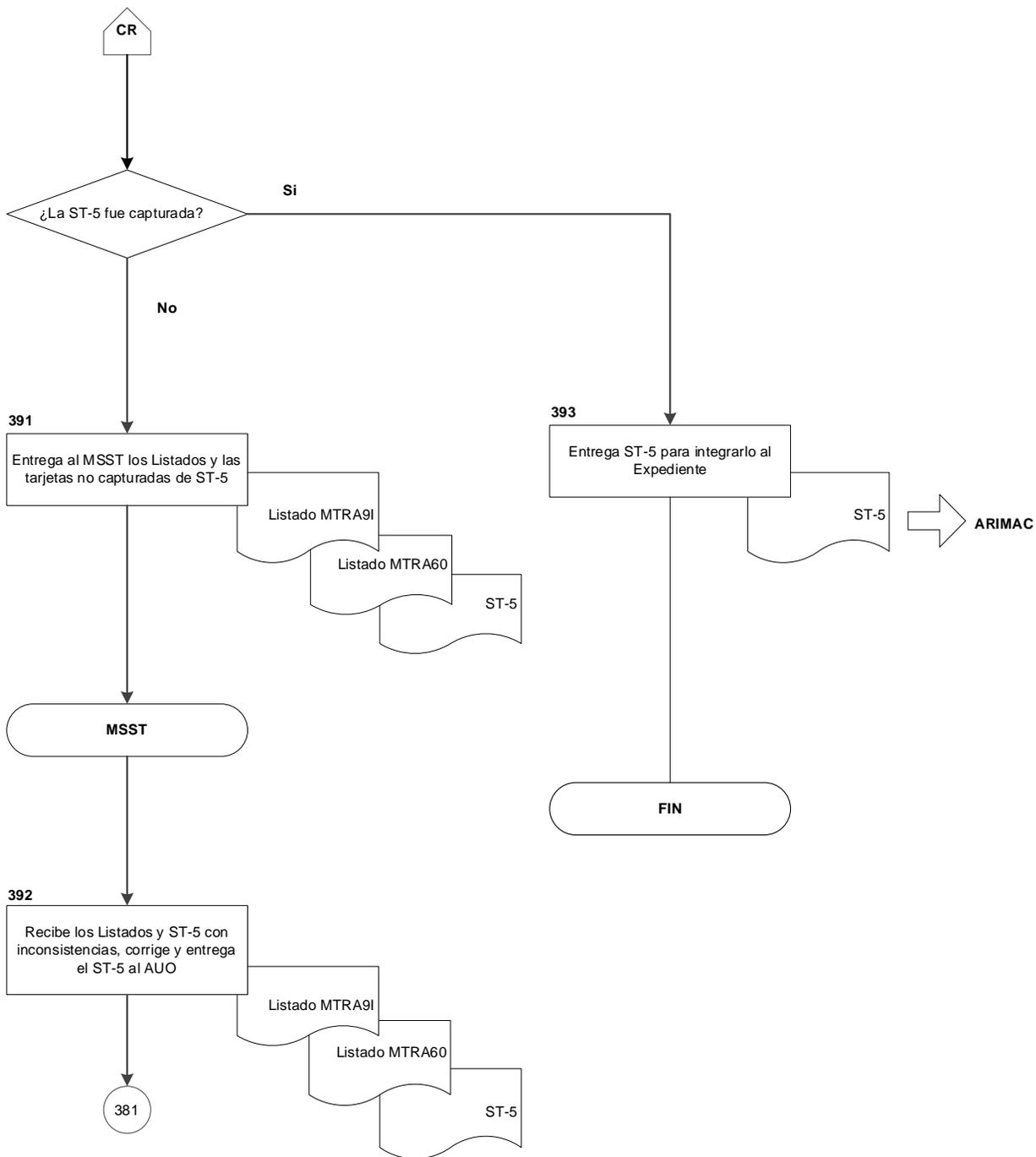














ANEXO 1

**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.



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SECRETARÍA GENERAL



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

- 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 (SICGC).
- 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 Sentíes. 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

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 2
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: a) En accidente de trabajo o de trabajo en trayecto se anota la fecha de ocurrencia del mismo. 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 2
Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
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 3

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



ANEXO 3
Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	No.	Número consecutivo de caso.
2	Nombre de carpeta	Nombre de carpeta donde se ubica el caso: <ul style="list-style-type: none">• PRT pendientes de cita para calificación.• PRT citados para calificación.• RT aceptados pendientes de entregar al asegurado.• RT calificados sin información complementaria.
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.

Clave: 3A21-022-005



ANEXO 3
Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Calificación	<p>Si el caso se calificó como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sí accidente de trabajo• Sí accidente de trayecto• Sí recaída accidente de trabajo• Sí enfermedad de trabajo• Sí recaída accidente de trayecto• Sí recaída enfermedad de trabajo• No accidente de trabajo• No accidente de trayecto• No enfermedad de trabajo• No recaída accidente de trabajo• No recaída accidente de trayecto• No recaída enfermedad de trabajo• No calificado
13	OCITT	<p>Si el OCITT inicial fue:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solicitado al Servicio de Prestaciones Económicas• Recibido del Servicio de Prestaciones Económicas• Entregado al Servicio de Vigencia (caso aceptado)• Entregado al Servicio de Prestaciones Económicas (caso negado)• Devuelto al Servicio de Prestaciones Económicas (caso no calificado)
14	Recepción por el asegurado.	<p>Si el documento calificado fue recibido o no por el asegurado, beneficiario, 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 3
Base de datos para el registro de riesgos de trabajo reclamados
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
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">• No se presentó a cita• Motivos por los que un caso citado para calificación no fue calificado (carta aclaratoria, solicitud de información adicional, investigación del puesto de trabajo, etc.).• "ST-7" sin firma en el anverso• Número de intentos de localización al asegurado vía telefónica



ANEXO 4

**Reporte de accidente de trabajo
3A21-014-006**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COMISION NACIONAL MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE



REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DELEGACION : _____

Fecha y hora aviso del accidente: (0) _____

IDENTIFICACION	Unidad o centro de trabajo: (1)		Población: (2)		Fecha y hora del accidente(3)		Día del accidente (4)						
							L	M	M	J	V	S	D
	No. Accidente: (5)		Departamento o área donde ocurrió: (6)			Lugar exacto del accidente: (7)							
	Nombre del trabajador accidentado: (8)			Domicilio del trabajador: (9)				Sexo: (10)		Edad: (11)			
							M	F					
	Estado Civil: (12)		Escolaridad: (13)		No. Afiliación: (14)		Matrícula: (15)		Categoría/puesto y jornada: (16)				
	Tipo de contratación: (17)		Adscripción Médica. Unidad y consultorio: (18)			Adscripción laboral: (19)		Turno: (20)					
	Descansos: (21)		Vacaciones por disfrutar: (22)			Antigüedad IMSS: (23)		Antigüedad puesto: (24)					
Actividad que realizaba al accidentarse: (25)					Persona con mas control: (26)								
CONSECUENCIAS	Parte del cuerpo lesionada: (27)					Naturaleza de la lesión: (28)							
	Objeto/equipo/sustancia que causó la lesión: (29)					Tipo de accidente: (30)							
	Daño material causado por el accidente: (31)					Costo estimado \$ (32)							
	Objeto/equipo/sustancia que causó el daño material: (33)												
DESCRIPCIÓN	Secuencia paso a paso del accidente, incluir el nombre, la adscripción laboral y/o domicilio de los testigos oculares: (34)												
ANÁLISIS	Causas inmediatas, actos y condiciones inseguras que contribuyeron directamente al accidente: (35)												
	Actos inseguros:						Condiciones inseguras:						
Causas básicas para la existencia de actos y condiciones inseguras. Describe en forma resumida y a su criterio, las causas que generaron el acto inseguro y/o la condición insegura: (36):													
EVALUACIÓN	Probabilidad de recurrencia: (37)						Gravedad potencial del daño: (38)						
	Frecuente <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		Raro <input type="checkbox"/>		Grave <input type="checkbox"/>		Serio <input type="checkbox"/>		Leve <input type="checkbox"/>		



P R E V E N C I Ó N	Medidas de control de riesgos: (39)	Fecha compromiso: (40)			Responsable del área Nombre y firma (41)		
S E G U I M I E N T O	Medidas de control cumplidas, calificación y consecuencias del riesgo:						
	Medidas de control cumplidas: (42) SI	Fecha	D	M	A	NO	en proceso:
	Causa del incumplimiento: (43)						
	Calificación del accidente: (44)	SI PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	NO PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>		
	Fecha del alta del riesgo de trabajo: (45)	día: _____	mes: _____	año: _____			
	Consecuencias del riesgo de trabajo: (46)						
Incapacidad temporal: (47)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Días de incapacidad:				
Incapacidad permanente parcial: (48)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Porcentaje:				
Incapacidad permanente total: (49)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Muerte: (50)		SI NO:		
O B S E R V A C I O N E S	Antecedentes de accidentes y/o enfermedades de trabajo anteriores y las lesiones sufridas por el trabajador, etc.: (51)						
Investigó: (52)			Fecha: (53)				
_____			Día	Mes	Año		
Nombre y firma:							
Revisó: (54)			Fecha: (55)				
_____			Día	Mes	Año		
Nombre y firma:							



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

OBJETIVO: Investigar los accidentes de trabajo ocurridos a trabajadores IMSS, a fin de determinar diagnósticos estadísticos de los accidentes de trabajo que permitan planear y desarrollar los programas de Seguridad e Higiene para los Centros IMSS.

REQUISITA: El Jefe de Servicio o Responsable del área donde ocurrió el accidente.

NÚMERO DE COPIAS: Original y cuatro copias

DISTRIBUCIÓN:

- a) Original para las autoridades de la Unidad.
- b) Primera copia la presenta el trabajador en el servicio de Salud en el Trabajo Llento por lo menos hasta el apartado de *análisis* y se anexa al "ST-7".
- c) Segunda copia para el Jefe de Servicio del trabajador accidentado.
- d) Tercera copia para la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene.
- e) Cuarta copia para el departamento Delegacional de Seguridad e Higiene.



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
IDENTIFICACIÓN		
0	Fecha y hora, aviso del accidente	Día, mes, año y hora en que el Jefe de Servicio fue informado del acontecimiento del probable accidente de trabajo.
1	Unidad o Centro de Trabajo	El nombre de la Unidad de Adscripción del trabajador.
2	Población	El nombre de la población donde está ubicado el centro de trabajo del trabajador.
3	Fecha y hora del accidente	Día, mes, año y hora en que ocurrió dicho evento.
4	Día del accidente	Una X el día que aconteció el accidente: L = lunes M = martes M = miércoles J = jueves V = viernes S = sábado D = domingo
5	No. Accidente	Número de accidente de su área. La autoridad administrativa de la Unidad llevará el registro progresivo del total de accidentes ocurridos a los trabajadores de la Unidad.
6	Departamento o área donde ocurrió	Nombre del Departamento o Servicio donde ocurrió el accidente.
7	Lugar exacto del accidente	Sitio exacto donde ocurrió el accidente, de ser factible adjuntar el plano del área.
8	Nombre del trabajador accidentado	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s) del trabajador que sufrió el accidente.

Clave: 3A21-014-006



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
9	Domicilio del trabajador	Calle, número exterior, número interior, colonia o fraccionamiento, código postal, Alcaldía o Municipio y Estado del trabajador.
10	Sexo	Una X el sexo según corresponda al trabajador: M = masculino F = femenino
11	Edad	La edad del trabajador en años.
12	Estado Civil	El estado civil del trabajador según corresponda: soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, otros.
13	Escolaridad	El grado máximo de estudios del trabajador.
14	No. Afiliación	El número de seguridad social del trabajador con dígito verificador (11 dígitos).
15	Matrícula	Matrícula del trabajador.
16	Categoría/puesto y jornada	Categoría o puesto de trabajo, así como la jornada del trabajador.
17	Tipo de contratación	Tipo de contratación según corresponda al trabajador: 01 Confianza 02 Base 03 Temporal 04 Otras contrataciones 05 Becarios 07 Becados 08 Sustitutos 09 Residentes
18	Adscripción Médica: Unidad y consultorio	Nombre y número de la Unidad, número de consultorio y turno de Atención Médica.

Clave: 3A21-014-006



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
19	Adscripción laboral	El Servicio donde está adscrito el trabajador (centro de costos).
20	Turno	El turno donde el trabajador presta sus servicios.
21	Descansos	El (los) día (s) de descanso(s) del trabajador.
22	Vacaciones por disfrutar	El periodo vacacional próximo a disfrutar por el trabajador.
23	Antigüedad IMSS	La antigüedad laboral del trabajador en el IMSS, años cumplidos.
24	Antigüedad en el puesto	La antigüedad del trabajador en el puesto actual.
25	Actividad que realizaba al accidentarse	La actividad que el trabajador realizaba al accidentarse.
26	Persona con más control	Nombre de la autoridad que tomó conocimiento inicial del accidente.

CONSECUENCIAS

27	Parte del cuerpo lesionada	Nombre de la parte del cuerpo lesionada del trabajador.
28	Naturaleza de la lesión	La lesión sufrida por el trabajador o diagnóstico.
29	Objeto/equipo/sustancia que causó la lesión	Nombre del objeto, equipo o sustancia que causó la lesión al trabajador.

Clave: 3A21-014-006



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
30	Tipo de accidente	Causa externa que provocó el accidente de acuerdo con la siguiente relación: <ul style="list-style-type: none">• Golpeado por o contra• Atrapado por o entre• Caída a diferente nivel• Resbalón o sobreesfuerzo• Contacto con corriente eléctrica• Contacto con objetos o superficies con temperaturas elevadas que puedan producir quemaduras• Contacto con sustancias tóxicas, cáusticas, nocivas o de otra naturaleza que provoquen daños en: piel, vías respiratorias, digestivas; que produzcan intoxicaciones agudas o la muerte• Objetos punzocortantes• Otros, especifique
31	Daño material causado por el accidente	Daño al mobiliario y equipo institucional originado por el accidente.
32	Costo estimado en \$	Costo económico estimado del daño material provocado por el accidente.
33	Objeto/equipo/sustancia que causo el daño material	Nombre del objeto, equipo o sustancia que causó el daño material.

DESCRIPCIÓN

34	Secuencia paso a paso del accidente, incluir el nombre, la adscripción laboral y/o domicilio de los testigos oculares	Descripción precisa de cómo y dónde ocurrió el accidente de trabajo, la secuencia exacta de los acontecimientos que contribuyeron a su ocurrencia. Incluir nombre, adscripción laboral y domicilio de testigos oculares (cuando existan).
----	---	---

Clave: 3A21-014-006



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
ANÁLISIS		
35	Causas inmediatas, actos y condiciones inseguras que contribuyeron directamente al accidente	<p>La(s) opción(es) que sea(n) acorde(s) al accidente de trabajo, que considere contribuyeron directamente a la ocurrencia del evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acto inseguro es la violación de procedimientos, normas de trabajo establecidas o aceptadas como seguras. • Condición insegura son las deficiencias que se presentan en las instalaciones, materiales, equipo, maquinaria, herramientas, procesos o procedimientos de trabajo que puedan originar la ocurrencia de un accidente.
36	Causas básicas para la existencia de actos y condiciones inseguras	A criterio del Jefe de Servicio, describir de manera resumida las causas que considere generaron el acto inseguro o bien, la condición insegura.
EVALUACIÓN		
37	Probabilidad de recurrencia	Una X la probabilidad de que el acontecimiento vuelva a repetirse: frecuente, ocasional o raro.
38	Gravedad potencial del daño	Si un evento similar vuelve a repetirse, marcar con X la gravedad del posible daño que puede provocar: grave, serio o leve.
PREVENCIÓN		
39	Medidas de control de riesgos	Las medidas establecidas para prevenir y controlar la repetición de accidentes de trabajo similares.
40	Fecha compromiso	Día, mes y año en que el(los) responsable(s) se compromete(n) a terminar la ejecución de las medidas propuestas.



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
41	Responsable del área Nombre y firma	Nombre completo y firma autógrafa del(los) responsable(s) de ejecutar las medidas para controlar los accidentes.
SEGUIMIENTO		
42	Medidas de control cumplidas	Una X sí las medidas de control fueron cumplidas y anotar la fecha de cumplimiento o si no fueron cumplidas o si están en proceso.
43	Causa del incumplimiento	Cuales han sido los motivos por los cuales no se han cumplido las medidas de control de riesgos.
44	Calificación del accidente	Una X según la calificación del accidente en el "ST-7": Sí de trabajo o No de trabajo.
45	Fecha del alta del riesgo de trabajo	Día, mes y año en que fue dado de alta el trabajador.
46	Consecuencias del riesgo de trabajo	Las consecuencias que produjo el accidente al trabajador, así como al servicio de adscripción.
47	Incapacidad temporal	Una X si generó o no, incapacidad temporal. En caso afirmativo, anotar el número de días de incapacidad.
48	Incapacidad permanente parcial	Una X si generó o no incapacidad permanente. En caso afirmativo, anotar el porcentaje otorgado.
49	Incapacidad permanente total	Una X sí o no fue otorgada una incapacidad permanente total.
50	Muerte	Una X sí o no hubo defunción del trabajador accidentado.

Clave: 3A21-014-006



ANEXO 4
Reporte de accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
OBSERVACIONES		
51	Antecedentes de accidentes y/o enfermedades de trabajo anteriores y lesiones sufridas por el trabajador, etc.	Anotar información considerada importante derivada de accidentes de trabajo y lesiones sufridas previamente.
52	Investigó	Nombre y firma del Jefe del Servicio o Responsable del área donde ocurrió el accidente, que realizó el llenado del "Reporte del accidente".
53	Fecha	Día, mes y año en que el Jefe de Servicio o Responsable del área realizó el análisis del accidente.
54	Revisó	Nombre y firma del integrante de la Comisión Local de Seguridad e Higiene que revisó el caso.
55	Fecha	Día, mes y año en que el integrante de la Comisión Local de Seguridad e Higiene revisó el caso.

Clave: 3A21-014-006



ANEXO 5

**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

TIPO DE DICTAMEN						TIPO DE RIESGO							
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



ANEXO 5

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

No.	DATO	ANOTAR
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 5

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

No.	DATO	ANOTAR
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).
----	---------	---

Clave: 3A21-009-011



ANEXO 5

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

No.	DATO	ANOTAR
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 13)
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 13).

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 5

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 5

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 calificado que generó las secuelas 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 5

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 12) 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: a) 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) 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. c) En caso de revaloración, anotar como fecha de inicio de pensión, el día siguiente del término del dictamen previo. d) 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 5

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, 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 6

**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
8) REGISTRO PATRONAL	DV	DV
10) MATRÍCULA	11) SEXO	12) OCUPACIÓN
13) CLRP	18) NOMBRE DEL BENEFICIARIO	
14) CLAVE PRESUPUESTAL UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN LABORAL	16) BENEFICIARIO	17) TIPO DE RIESGO
15) ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	CALIDAD	EDAD
19) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	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	36) MATRÍCULA
25) DÍAS DE INCAPACIDAD	26) FECHA DE INICIO DE PENSIÓN O DE ALTA	31) LAUDO O CONVENIO
27) VALUACIÓN (1)	28) VALUACIÓN (2)	29) VALUACIÓN (3)
30) FECHA DE RECAÍDA	32) DIAGNÓSTICOS	
33) OBSERVACIONES		

37) CONTROL DE INCAPACIDADES

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

Clave: 3A20-009-018



ANEXO 6
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 6
Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
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 6
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">(1) Para días(2) Para meses(3) Para años <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">(1) Accidente de trabajo(2) Accidente de trabajo en trayecto(3) Enfermedad de trabajo <p>En la segunda posición de izquierda a derecha la consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none">(0) Sin días de incapacidad temporal y sin secuelas(1) Con días de incapacidad temporal y sin secuelas



ANEXO 6
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 6
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 6
Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
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 6
Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
26	Fecha de inicio de pensión o de alta	<p>La fecha que corresponde al día siguiente del último día subsidiado con 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 6
Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez ST-5
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
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 7

**Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7
3A21-009-046**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

FOLIO: _____

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

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

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)			9) CURP	
10) EDAD (AÑOS)				
11) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		12) ESTADO CIVIL		13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO
ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN
CÓDIGO POSTAL		14) TELÉFONO FIJO		15) CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO CELULAR				
17) OOAD (IMSS)		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE
20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO		21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO		
DÍA		MES		AÑO
DÍA		MES		AÑO
HORA		HORA		
22) SENALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE				
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE				
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE				
25) TRATAMIENTO(S)				
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X)				
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA		INTOXICACIÓN POR ENERVANTES		
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
27) ¿HUBO RIÑA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:				
29) INCAPACIDAD INICIAL		FECHA DE INICIO		NÚMERO DE FOLIO
AMÉRITA INCAPACIDAD		DÍA		NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		MES		30) SE ENVA PACIENTE AL SERVICIO DE:
		AÑO		
31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE			32) MATRÍCULA	
			33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO
-------------------------------	--	--

NOTA: EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.

Clave: 3A21-009-046



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

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		2) ACTIVIDAD O GIRO		3) REGISTRO PATRONAL		D.V.	
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO		ALCALDÍA O MUNICIPIO	
CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL	5) TELÉFONO FIJO		6) CORREO ELECTRÓNICO		
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR			8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	9) OCUPACIÓN	
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO		ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO	
CÓDIGO POSTAL							
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS	
						14) MATRÍCULA	
						15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL	
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		DÍA	MES	AÑO	HORA	17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE	
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE							
EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/>		EN UNA COMISIÓN <input type="checkbox"/>		EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/>		EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/>	
						TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/>	
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES)							
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE				21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE			
				DÍA	MES	AÑO	HORA
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIARON O PRESENCIARON EL ACCIDENTE							
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA				24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA			
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL				26) LUGAR Y FECHA		27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)	

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

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)							
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN							
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.							
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/> SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN			33) MATRÍCULA		34) FECHA DE CALIFICACIÓN		35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD
					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.							
36) 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: _____	
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.							
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.			39) MATRÍCULA		40) FECHA		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD
					DÍA	MES	AÑO



ANEXO 7

Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
	Folio	Número consecutivo asignado del "Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo", clave 3A21-009-047 (Anexo 9).
1	Nombre del patrón o razón social de la empresa	Nombre del patrón o razón social de la empresa.
2	Domicilio del patrón: 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 donde se ubica la empresa.
4	Teléfono fijo	Número de teléfono de la empresa a 10 dígitos.
5	Registro patronal	Número del registro patronal de la empresa ante el IMSS con dígito verificador (D.V.), 11 dígitos.
6	Número de seguridad social	Número de seguridad social del asegurado con dígito verificador (D.V.), 11 dígitos.
7	Apellido paterno, materno y nombre(s)	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que presenta el probable accidente de trabajo.
8	Identificación oficial (especificar)	El documento con el que se identifica el asegurado.
9	CURP	Clave Única de Registro de Población del asegurado.
10	Edad (años)	Edad en años del asegurado.
11	Sexo	Una X en M para masculino y en F para femenino.

Clave: 3A21-009-046



ANEXO 7

Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Estado civil	Estado civil del asegurado.
13	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.
	Código postal	Código postal del domicilio del asegurado.
14	Teléfono fijo	Número de teléfono del asegurado a 10 dígitos
	Teléfono celular	Número de teléfono celular del asegurado a 10 dígitos.
15	Correo electrónico	Correo electrónico del asegurado.
16	UMF de adscripción	Número de Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado.
17	OOAD (IMSS)	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada donde se encuentra la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado.
18	Día de descanso previo al accidente	Día de la semana de descanso previo al accidente.
19	Horario de trabajo el día del accidente	Hora de entrada y de salida de la empresa el día en que ocurrió el accidente.
20	Fecha y hora del probable accidente de trabajo	Día, mes, año y hora del accidente.

Clave: 3A21-009-046



ANEXO 7

Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
21	Fecha y hora de recepción en el servicio médico	Día, mes, año y hora de la recepción en el servicio médico de urgencias o medicina familiar cuando el asegurado solicitó atención médica por probable riesgo de trabajo.
22	Señalar claramente dónde y cómo ocurrió el accidente	Lugar y mecanismo de lesión del probable accidente de trabajo, así como la sintomatología del asegurado.
23	Exploración física. Resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete	Exploración física de cada región anatómica afectada, así como los signos clínicos en caso de detectar intoxicación alcohólica o por enervantes. Describir el resultado de los estudios de laboratorio y/o gabinete prescritos.
24	Diagnóstico(s) CIE	El(los) diagnóstico(s) nosológico(s) generado(s) por el probable accidente de trabajo de acuerdo a la CIE vigente.
25	Tratamiento(s)	Describir el (los) tratamiento(s) prescrito(s).
26	Signos y síntomas (marque con una x)	Una X si existen o no datos clínicos de intoxicación alcohólica o por enervantes.
27	¿Hubo riña?	Una X si el probable accidente se produjo como consecuencia o no de una riña.
28	Atención médica previa extrainstitucional, especifique	Si el asegurado previamente recibió atención médica extrainstitucional, especificar dónde se otorgó.
29	Incapacidad inicial, amerita incapacidad	Una X si amerita o no la prescripción razonada de incapacidad temporal para el trabajo.
	Fecha de inicio de la incapacidad inicial,	Día, mes, año, en que dará inicio la incapacidad.
	Número de folio,	Número de folio del OCITT.

Clave: 3A21-009-046



ANEXO 7

**Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Número de días autorizados	Número de días de Incapacidad autorizados.
30	Se envía al paciente al servicio de	El Servicio o la Especialidad interconsultante al que se envía el asegurado.
31	Nombre completo y firma del Médico tratante	El nombre completo (sin abreviaturas) y la firma autógrafa del Médico que elaboró el "ST-7", en los cuatro tantos.
32	Matrícula	Matrícula del Médico que elaboró el "ST-7".
33	Unidad Médica y OOAD	Unidad Médica y Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada donde se llena el anverso del "ST-7".
34	Asegurado (nombre y firma)	Nombre completo y firma autógrafa del asegurado, en los cuatro tantos.
	Beneficiario o familiar o representante del asegurado (nombre y firma)	Especificar si es el beneficiario, el familiar o el representante del asegurado el que proporcionó la información del anverso. Anotar en nombre completo y solicitar firma autógrafa en los cuatro tantos.
	Teléfono del contacto del asegurado o beneficiario familiar o representante del asegurado	Número de teléfono del contacto a 10 dígitos, en los cuatro tantos.
	Número de días autorizados	Número de días de Incapacidad autorizados.



ANEXO 7

Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

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

- | | | |
|---|---|--|
| 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 | Registro patronal de la empresa con dígito verificador (D.V). |
| 4 | Domicilio donde el trabajador desempeña sus actividades laborales: calle y número | Calle y número donde se ubica el centro de trabajo del asegurado. |
| | Colonia o fraccionamiento | Colonia o fraccionamiento del centro de trabajo del asegurado. |
| | Alcaldía o Municipio, Ciudad y Estado | Alcaldía o municipio, Ciudad y Estado donde se ubica el centro de trabajo del asegurado. |
| | Código postal | Código postal del centro de trabajo del asegurado. |
| 5 | Teléfono fijo | Número de teléfono de la empresa a 10 dígitos. |
| 6 | Correo electrónico | Correo electrónico de la empresa |
| 7 | Nombre del trabajador | Nombre y apellidos del trabajador. |
| 8 | Número de seguridad social | Registrar el número de seguridad social del asegurado con dígito verificador (D.V.). |
| 9 | Ocupación | Puesto de trabajo del asegurado. |

Clave: 3A21-009-046



ANEXO 7

Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
10	Domicilio del trabajador: calle y número	Ubicación del domicilio del trabajador, calle y número.
	Colonia o fraccionamiento	Colonia o fraccionamiento del domicilio del trabajador.
	Alcaldía o municipio, Ciudad y Estado	Alcaldía o municipio, Ciudad y Estado donde se ubica el domicilio del trabajador.
	Código postal	Código postal del domicilio del trabajador.
11	Horario de trabajo el día del accidente	Hora de entrada y hora de salida del trabajador el día en que ocurrió el accidente.
12	Antigüedad en la empresa	Años, meses y/o días de antigüedad del trabajador en la empresa.
13	Día de descanso previo al accidente	Día de la semana de descanso previo al accidente.
	En caso de ser trabajador IMSS	
14	Matrícula	Para los trabajadores IMSS anotar matrícula.
15	Centro de adscripción laboral	Nombre del centro de adscripción laboral IMSS del asegurado.
16	Fecha y hora en que ocurrió el accidente	Día, mes, año y hora en que ocurrió el accidente.
17	Fecha y hora en que el trabajador suspendió labores a causa del accidente	Día, mes, año y hora en que el trabajador suspendió sus labores a causa del accidente.
18	Circunstancias en que ocurrió el accidente	Una X si el accidente ocurrió en la empresa, en una comisión, en trayecto a su trabajo, en trayecto a su domicilio o trabajando tiempo extra.

Clave: 3A21-009-046



ANEXO 7

Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
19	Descripción precisa de la forma, sitio o área de trabajo en que ocurrió el accidente (incluir aclaraciones y observaciones)	Especificar dónde y cómo ocurrió el accidente, actividad que se encontraba realizando el trabajador y partes del cuerpo lesionadas.
20	Nombre y cargo de la persona de la empresa que tomó conocimiento inicial del accidente	Nombre completo y cargo de la persona de la empresa que tomó conocimiento inicial del accidente.
21	Fecha y hora de comunicación del accidente	Día, mes, año y hora en que se le comunicó del accidente a la persona del inciso 20.
22	Nombre y cargo de la(s) persona(s) que presenció o presenciaron el accidente	Nombre completo y cargo de la(s) persona(s) que presenciaron el accidente.
23	Si la primera atención médica no la proporcionó el IMSS, anotar dónde se otorgó y anexar certificado o nota médica	El servicio médico por parte de la empresa que proporcionó la primera atención médica y anexar certificado o nota médica con nombre y cédula profesional del médico tratante.
24	Cuando haya sido necesaria la participación de alguna autoridad oficial (ministerio público, policía estatal, federal o local, etc.) especificar y anexar copia certificada del acta respectiva.	Nombre de las autoridades oficiales que tomaron conocimiento del accidente y anexar copia certificada del acta respectiva.
25	Nombre y firma del patrón o su representante legal	El nombre completo y firma del patrón o su representante legal

Clave: 3A21-009-046



ANEXO 7

**Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7
 INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
26	Lugar y fecha	Día, mes y año del llenado de los datos complementarios del "ST-7" por la empresa.
27	Sello (en caso de no contar con sello poner firma del patrón)	Estampar el sello del patrón o empresa, de no contar con sello poner firma autógrafa del patrón o su representante legal.

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

28	Diagnóstico(s) nosológico(s)	Con precisión el(los) diagnóstico(s) nosológico(s) generado(s) por el accidente de trabajo, a renglón corrido (en prosa); en caso de ser necesario mencionar los que no son generados por este accidente y fueron referidos o identificados al momento de la atención inicial del accidente especificando que no tienen relación con el accidente calificado.
29	Elementos médicos-técnicos-administrativos relevantes que apoyan la calificación	Sitio donde ocurrió el accidente, mecanismo de lesión, descripción de los elementos que tomo en cuenta de la carta aclaratoria y/o reporte de investigación del accidente, etc.
30	Fundamento legal de la calificación	Los preceptos legales aplicables al caso: artículos de la Ley Federal del Trabajo, Ley del Seguro Social, jurisprudencias, tesis aisladas, etc.
31	El accidente ocurrió en:	Una X si ocurrió realizando actividades laborales o en trayecto, según sea el caso.
	Se acepta como accidente de trabajo	Una X si se califica como Sí o No de trabajo según sea el caso.

Clave: 3A21-009-046



ANEXO 7

Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
32	Nombre completo y firma del Médico que elaboró este dictamen	Nombre completo y firma autógrafa del MSST que realiza la calificación, en los 4 tantos.
33	Matrícula	Matrícula del MSST que calificó el accidente de trabajo.
34	Fecha de calificación	Día, mes y año en que se emitió la calificación.
35	Unidad Médica y OOAD	Unidad Médica y Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada donde se calificó el accidente.
36	Recibí dos tantos, uno para el asegurado y otro para entregarlo al patrón	Nombre completo, firma autógrafa, día, mes y año en que recibe el "ST-7" calificado.
37	Observaciones posteriores a la fecha de calificación del inciso 34	Observaciones y/o comentarios posteriores a la calificación, ejemplo: complementación diagnóstica, recalificaciones o rectificaciones.
38	Nombre completo, firma y puesto de trabajo del médico que realiza las observaciones del inciso 37	Nombre completo, puesto de trabajo y la firma del MSST que realiza la complementación diagnóstica, la recalificación o la rectificación.
39	Matrícula	Matrícula del MSST que realizó la observación a la calificación inicial.
40	Fecha	Día, mes y año en que se emitió la observación a la calificación inicial.
41	Unidad Médica y OOAD	Unidad Médica y Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada donde se elaboró la observación a la calificación inicial.

Clave: 3A21-009-046



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) NUMERO 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 PATRON

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
DATOS DEL TRABAJADOR		
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.

Clave: 3A21-009-012



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

No.	DATO	ANOTAR
DATOS DEL PATRÓN		
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.

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	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: a) Si generó incapacidad temporal para el trabajo; día, mes y año de la incapacidad inicial del periodo reclamado como probable recaída. 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.

Clave: 3A21-009-012



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

No.	DATO	ANOTAR
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

No.	DATO	ANOTAR
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

**Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable
accidente de trabajo
3A21-009-047**



ANEXO 9
Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	Número y nombre de la Unidad Médica donde se realiza el formato.
2	OOAD	OOAD donde se ubica la Unidad Médica que realiza el formato.
3	Fecha	Día, mes y año de elaboración del formato. En cada día se deben registrar todos los folios generados durante las 24 hrs.
4	No. de folio	El número consecutivo asignado a cada uno de los "ST-7" elaborados en formato manual generados en el servicio de Atención Continua o Urgencias o Consulta Externa. El contador se reinicia anualmente.
5	Fecha de ingreso	Día, mes y año en que ingresa el paciente al servicio de Admisión Continua o Urgencias o de la atención en Consulta Externa.
6	Hora de ingreso	Hora y minutos en que ingresa el paciente al servicio de Admisión Continua o Urgencias o de la atención en Consulta Externa.
7	Número de seguridad social	El número de seguridad social del paciente al que se le llenó el "ST-7" en el servicio de Admisión Continua o Urgencias o Consulta Externa.
8	Agregado	Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente.
9	Matrícula de Médico tratante	El número de matrícula del Médico tratante responsable de llenar el anverso del "ST-7".
10	Matrícula de Asistente Médica	El número de matrícula de la asistente médica responsable de llenar el anverso del "ST-7".

Clave: 3A21-009-047



ANEXO 9
Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable
riesgo de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	Aviso de alta por riesgo de trabajo ST-2	Una X en Sí o No recibe del Médico tratante el "ST-2" del asegurado.
12	Observaciones	Las aclaraciones que se consideren necesarias del caso. Ejemplo: Folio cancelado y el motivo.

Clave: 3A21-009-047



ANEXO 10

**Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable
riesgo de trabajo – Formato ST-7
3300-009-130**



ANEXO 10

Relación de originales de incapacidades temporales para el trabajo con probable riesgo de trabajo – Formato ST-7 INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	Nombre del OOAD al que pertenece la Unidad Médica expedidora.
2	Unidad Médica	Número de la Unidad Médica expedidora de certificados.
3	No.	Número consecutivo de registro de los certificados en la relación.
4	Incapacidad serie número	Dato alfanumérico compuesto por dos literales y seis números, en su caso, correspondiente al certificado a registrar.
5	Nombre	Nombre completo del asegurado registrado en el certificado.
6	NSS	Número de seguridad social del asegurado registrado en el certificado.
7	Formato ST-7:	Una X SI o NO se recibe el “ST-7” correspondiente al certificado como PRT.
8	Observaciones	En caso de no recibir “ST-7” especificar el motivo, anotar si se recibe “ST-2” o las observaciones que resulten pertinentes.

Personal de COBCIR que elaboró:

9	Nombre	Nombre completo del personal de COBCIR o persona responsable de elaborar el formato.
10	Firma	Firma autógrafa del personal de COBCIR o persona responsable que elaboró el formato.
11	Fecha	Día, mes, año en que se elaboró el formato.
12	Hora	Hora en que se elaboró el formato.

Clave: 3A21-009-047



ANEXO 10
Control de folios de los avisos de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
------------	-------------	---------------

Personal del servicio de Prestaciones Económicas que recibe OCITT y ST-7:

- | | | |
|----|--------|---|
| 13 | Nombre | Nombre completo del personal del servicio de Prestaciones Económicas que recibe "OCITT" y "ST-7". |
| 14 | Firma | Firma autógrafa del personal del servicio de Prestaciones Económicas que recibe "OCITT" y "ST-7". |
| 15 | Fecha | Día, mes, año en que el personal del servicio de Prestaciones Económicas recibe "OCITT" y "ST-7". |
| 16 | Hora | Hora en que el personal del servicio de Prestaciones Económicas recibe "OCITT" y "ST-7". |

Personal del servicio de Salud en el Trabajo que recibe ST-7:

- | | | |
|----|--------|--|
| 17 | Nombre | Nombre completo del personal del servicio de Salud en el Trabajo que recibe los "ST-7". |
| 18 | Firma | Firma autógrafa del personal del servicio de Salud en el Trabajo que recibe los "ST-7". |
| 19 | Fecha | Día, mes, año en que del personal del servicio de Salud en el Trabajo recibe los "ST-7". |
| 20 | Hora | Hora en que del personal del servicio de Salud en el Trabajo recibe los "ST-7". |



ANEXO 11

**Relación de solicitud y entrega de OCI
3A21-009-048**



ANEXO 11
Relación de solicitud y entrega de OCI
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	Número de la Unidad Médica donde se ubica el servicio de Salud en el Trabajo
2	Fecha de elaboración	Día, mes y año en que se elaboró la relación.
3	No.:	Número consecutivo de los casos a solicitar.
4	Incapacidad serie número	Número de folio del OCITT relacionado con el accidente cuando se cuente con este dato.
5	NSS	Número de seguridad social del asegurado citado para calificación.
6	Nombre	Nombre completo del asegurado citado para calificación.
7	Observaciones ST	Cuando no se cuente con el número de incapacidad deberá escribir la fecha en que ocurrió el probable accidente de trabajo registrado en el anverso del "ST-7" o las aclaraciones que resulten pertinentes.
9	Nombre y firma del Médico del servicio de Salud en el Trabajo:	Nombre(s), Apellidos y firma del MSST que revisó la "Relación de solicitud y entrega de OCITT".
Personal del servicio de Prestaciones Económicas que recibe esta solicitud:		
10	Total de OCI solicitados:	Número total de "OCITT" listados en la "Relación de solicitud y entrega de OCITT".
11	Nombre	Nombre completo del personal del servicio de Prestaciones Económicas que recibe la solicitud de "OCITT".
12	Firma	Firma autógrafa del personal del servicio de Prestaciones Económicas que recibe la solicitud de "OCITT".



ANEXO 11
Relación de solicitud y entrega de OCITT
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Fecha	Día, mes, año en que el personal del servicio de Prestaciones Económicas recibe la solicitud.
14	Hora	Hora en que el personal del servicio de Prestaciones Económicas recibe la solicitud.
Personal del servicio de Salud en el Trabajo que recibe los OCITT:		
15	Total de OCI recibidos:	Número total de "OCITT" recibidos por el personal del servicio de Salud en el Trabajo.
16	Nombre	Nombre completo del personal del servicio de Salud en el Trabajo que recibe los "OCITT".
17	Firma	Firma autógrafa del personal del servicio de Salud en el Trabajo que recibe los "OCITT".
18	Fecha	Día, mes, año en que del personal del servicio de Salud en el Trabajo recibe los "OCITT".
19	Hora	Hora en que del personal del servicio de Salud en el Trabajo recibe los "OCITT".

Clave: 3A21-009-047



ANEXO 12

**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 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 a 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.



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 al 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 se haya interpuesto un medio de defensa y como resultado de la autoridad competente, Junta de Conciliación y Arbitraje o Juzgados Federales en materia laboral hayan ordenado la revaluación, sólo se elaborará el “ST-5” de acuerdo con la “Ficha técnica para el pago e inclusión de laudo o convenio a nómina”. En caso de resoluciones del H. Consejo Consultivo Delegacional, se elaborará nuevo dictamen de acuerdo a las actividades descritas en el presente procedimiento.

Clave 3A21-018-003



- 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 _____”.