

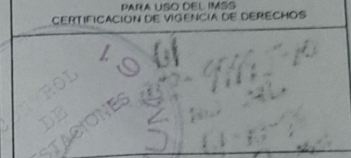


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

AVISO PARA CALIFICAR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO ST-1
 (ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO O ENFERMEDAD DE TRABAJO)

1) NOMBRE O RAZON SOCIAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

2) REGISTRO PATROIAL
C151319191915111019



PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA-DATOS DEL PATRON

3) ACTIVIDAD O GIRO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA C.M.F. No. 76 "XALOSTOC"

4) TELEFONO
569-62-99
 C.P.

5) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO
AV. VIA MORELOS KM. 12.5 ANTIGUA CARRETERA MEX. PACHUCA SNI 58 600.

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, POBLACION Y ESTADO
SAN PEDRO XALOSTOC, EDO. DE MEXICO.

DATOS DEL TRABAJADOR

6) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
CARRETO MACIAS ALICIA.

7) SEXO
 M F

8) NUMERO DE AFILIACION
91219131710091188

9) CURP

10) MATRICULA
10713883

11) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION
154905022151

12) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO
AV. EMILIANO ZAPATA VEREDA 4 No.21,
 C.P. **536189**

COLONIA O FRACCIONAMIENTO
IZCALI, CHAMAPA, NAUCALPAN EDO. DE MEXICO.

13) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL ACCIDENTARSE
ENF. GRAL.

ANTIGÜEDAD EN LA MISMA
2 AÑOS.

14) SALARIO DIARIO

15) HORARIO DE TRABAJO
7.00
 EL DIA DEL ACCIDENTE
15.00

EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL

16) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE
MIÉRCOLES Y JUEVES.

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

ACCIDENTE ENFERMEDAD

17) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
 DIA MES AÑO HORA
09 07 2000 6.50

18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO SUS LABORES POR CAUSA DEL ACCIDENTE
 DIA MES AÑO HORA
09 07 2000 13.30

19) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
 EN LA EMPRESA EN UNA COMISION EN TRAYECTO A SU TRABAJO EN TRAYECTO A SU DOMICILIO TRABAJANDO TIEMPO EXTRA

20) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS

SE LEVANTA EL PRESENTE REPORTE A PETICION DEL PARTE SIN QUE CONSTEN LOS HECHOS QUE MANIFIESTA EL TRABAJADOR, REI FIERE QUE EN LA SUBIDA DEL PUENTE DE LA AUTOPISTA METRO INDIOS VERDES, AL VENIR EN UN TAXI, LE PEGA UN CAMION - DE LOS QUE SE DIRIGEN A PACHUCA EN LA PARTE DE ATRAS, FRENANDO BRUSCAMENTE Y OCACIONANDO QUE EL LA SE APOYARA CON EL PIE IZQUIERDO EN EL SOPORTE DEL ASIENTO Y AGARRANDOSE CON LA MANO DERECHA EN EL SUJETADOR DEL CINTURON DE SEGURIDAD POR EL MOMENTO SINTIENDO EL ESFUERZO EN TODO EL CUERPO, ESTABA MUY TENSA, POSTERIORMENTE AL ESTAR LABO RANDO PRESENTA DOLOR INTENSO EN COLUMNA, CUELLO, COXIS Y DIFICULTAD DE MOVIMIENTO AL CAMINAR.

15 49 05 02 2151
H.G.Z.-M.F.76 GOBIERNO

21) PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE
SUPERVISORA JEFE DE ENFERMERAS . ALEJANDRA COTERO. TORNO MATUTINO.

FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL MISMO
 DIA MES AÑO HORA
09 07 2000 13.00

22) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA A LA PROPORCIONO EL IMSS ANOTAR QUIEN LO HIZO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO

23) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA
HOSPITAL GRAL. DE ZONA 76 XALOSTOC
15 49 05 02 2151
H.G.Z.-M.F.76 GOBIERNO

24) OBSERVACIONES

25) NOMBRE DE PATRON O SU REPRESENTANTE
DR. JOSE LUIS RIVAS VALLES.

27) LUGAR Y FECHA
XALOSTOC, Edo. Méx. 11 Julio del 2000.

FIRMA DEL PATRON O DE SU REPRESENTANTE
DR. JOSE LUIS RIVAS VALLES

ASEGURADO

