

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">RFC</td></tr> </table>											RFC										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">TELÉFONO</td></tr> </table>											TELÉFONO										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">DIA</td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;">MES</td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;">AÑO</td><td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr><td colspan="6" style="text-align: center;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td></tr> </table>	DIA		MES		AÑO		FECHA DE SOLICITUD (RT01)					
RFC																																																						
TELÉFONO																																																						
DIA		MES		AÑO																																																		
FECHA DE SOLICITUD (RT01)																																																						
NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO																																																						

**REQUISITOS**

(ART. 15, 16 Y 17 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E  
INVALIDEZ)  
EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE CONSIDERE  
NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR  
LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON \* SON OBLIGATORIOS

**I.**

1.*	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO (RT-01) (3 ORIGINALES)	
2.*	ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE)	
3.*	CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE) ORIGINAL Y COPIA	
4.*	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS Y HORARIO DE LABORES	
5.	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA	
6.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO/ DOMICILIO-ESTANCIA/ ESTANCIA-CENTRO DE TRABAJO Y CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA)	
7.	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

**LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 4 Y 5, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.**

**II.**

8.*	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS	
9.	COPIA DE LICENCIAS MEDICAS	
10.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE	

**LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.**

**III.**

11.	AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO)	
12.	REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO	
13.	PARTE DE AMBULANCIA	

**LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO III, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.**

ANVERSO

**IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

14.*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
15	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
16.	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
17.	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM	
<b>ADEMÁS DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.</b>		

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C. \_\_\_\_\_,

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUEL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE  
ESTE FORMATO DE REQUISITOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE  
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELO DE LA SUBDELEGACIÓN  
DE PRESTACIONES

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

**REVERSO**