

SUBDELEGACION DE PRESTACIONES EN: \_\_\_\_\_

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

RFC									

TELÉFONO									

DÍA		MES		AÑO	
FECHA DE SOLICITUD (RT01)					

NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO

**REQUISITOS**

(ART. 13, 14 Y 15 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	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

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

**II.**

6*	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
7	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS (EN SU CASO) . FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE	
8	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	

LA DOCUMENTACIÓN 6, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

**III.**

9	AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO)	
---	----------------------------------	--

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MINISTERIAL QUE TUVO CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS, EN SU CASO

**IV EN CASO DE MUERTE DEL TRABAJADOR**

10*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
11	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
12	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
13	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM	

ADEMÁS, SE DEBERÁ ENTREGAR, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.

ANVERSO

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

\_\_\_\_\_  
SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN  
DE PRESTACIONES

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

**REVERSO**

**ISSSTE**