

FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO									
	DÍA	MES	AÑO	HORA	MIN				

PARA USO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN

NATURALEZA DEL RIESGO		FECHA			
		DÍA	MES	AÑO	HORA
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO					
ACCIDENTE EN COMISION					
ACCIDENTE EN TRAYECTO					
ENFERMEDAD DE TRABAJO					
DEFUNCION					

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA	DÍA	MES	AÑO	HORA

ANTECEDENTES

MARQUE CON UNA "X" LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL		
ESTADO DE EMBRIAGUEZ	USO DE NARCOTICO O DROGAS (SALVO PRESCRIPCIÓN MÉDICA CON CONOCIMIENTO DEL JEFE)	SE OCASIONÓ UNA LESIÓN INTENCIONALMENTE
INTENTO DE SUICIDIO	RIÑA	AL COMETER UN DELITO
CAUSA EXTERNA		
NATURALEZA DE LA LESIÓN		

DIAGNOSTICO

CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y ANALISIS DEL MECANISMO REALIZADO ENTRE EL RIESGO OCURRIDO Y EL TRABAJO DESEMPEÑADO SE DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVAN LA CALIFICACIÓN DE PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE PROFESIONALIDAD, LAS SIGUIENTES:

POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL TRABAJO SE CALIFICA COMO

"SI DE TRABAJO"		"NO DE TRABAJO"	

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 110 DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO; 56, 57, 58, 59, 60, 61 y 62 DE LA LEY DEL ISSSTE; 15 FRACCION I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE; 63,131,126 FRACCION II, DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE; 5, 6 Y 11 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ; 8 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS. EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, EL TRABAJADOR TIENE 30 DIAS NATURALES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 58 DE LA LEY DEL ISSSTE; 78 Y DEMAS RELATIVOS DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ.

LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORÓ:

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA.	Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA
---	--

VO. Bo. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
---	---

C.c.p. TRABAJADOR
DEPENDENCIA. PRESENTE
UNIDADES MÉDICAS. PRESENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA. PRESENTE
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES. PRESENTE

SELLO DE LA
DELEGACIÓN

NOTAS IMPORTANTE: EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, ESTE FORMATO DEBERÁ CONTENER LA FIRMA DEL DELEGADO.

"ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS"