

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. 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  | 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)<br>-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE<br>-LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS |  |
| 7  | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS (EN SU CASO)<br>. 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 AQUÉL 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**