



Organización
Internacional
del Trabajo

VISION ZERO FUND

GUÍA PARA EMPLEADORES



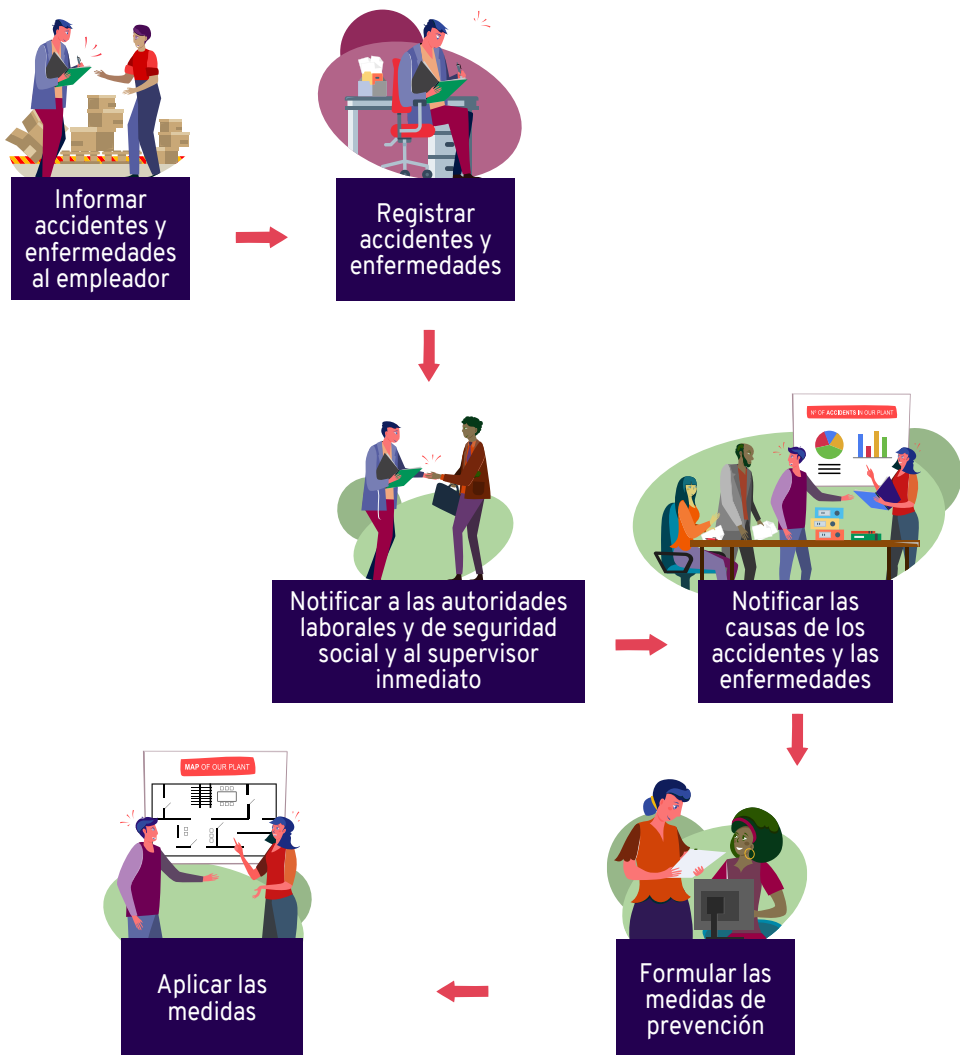
**Informar, registrar y notificar los
accidentes y enfermedades de
trabajo en México:**

Guía breve para los empleadores
y el personal directivo

► Introducción

Prevenir los accidentes y las enfermedades de trabajo es fundamental para la productividad y la sostenibilidad de su empresa. Una prevención eficaz puede lograrse, diseñando y aplicando políticas y estrategias basadas en datos e información sobre las causas de los accidentes y las enfermedades de trabajo y los accidentes de trayecto (*in itinere*), por lo que es importante identificar las condiciones inseguras, peligrosas y los incidentes¹; y aplicar las medidas preventivas sobre las mismas.

► Gráfico 1. De la información a la prevención



¹Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011. Constitución, Integración, Organización y Funcionamiento de las Comisiones de Seguridad e Higiene. Definiciones.

► Propósito

Esta guía está diseñada para proporcionar información que le ayude a usted y a su equipo a mejorar y promover la información, el registro y la notificación de los accidentes y las enfermedades de trabajo, así como los accidentes de trayecto (*in itinere*), al identificar las condiciones inseguras, peligrosas y los incidentes que las originan, para establecer las medidas preventivas y de control correspondientes.

► Primeros pasos

¿Por qué debo registrar y notificar los accidentes y las enfermedades de trabajo?

En México, el empleador está obligado a dar aviso de los accidentes de trabajo ocurridos a la Secretaría del Trabajo, al inspector del trabajo y a la junta de Conciliación Permanente o a la de Conciliación y Arbitraje, dentro de las 72 horas siguientes de su ocurrencia².

Es obligación de los empleadores llevar los registros administrativos, por medio impreso o electrónico, de los accidentes y enfermedades de trabajo que ocurran en sus centros laborales; como dar aviso a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, a través de las Delegaciones Federales del Trabajo, la Dirección General de Inspección Federal del Trabajo o la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo³.

El Título Quinto de la Ley del Trabajo; Accidentes y Enfermedades de Trabajo, Capítulo Segundo, señala la obligación de los empleadores de dar avisos de los accidentes y enfermedades de trabajo⁴.

Dentro de las obligaciones de los empleadores y sus organizaciones, se establece que el empleador debe llevar un registro adecuado de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ocurridos en los lugares de trabajo³.

De igual manera se establecen otras consideraciones sobre los programas de seguridad y salud en el trabajo referentes a la investigación, registro, actualización y análisis de los datos referentes a los accidentes y las enfermedades de trabajo y otras patologías relacionadas con el trabajo.

²Ley Federal del Trabajo. Artículo 504. Apartado V.

³Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo 7, Apartados XV, XVI Y XVII.

⁴Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo 76.

Además, según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el empleador deberá dar aviso del accidente o enfermedad de trabajo, en los términos que señale el reglamento respectivo⁵.

¿Qué acontecimientos debo identificar, registrar y notificar a las autoridades competentes?

De acuerdo con la legislación vigente en México, los empleadores deben notificar los riesgos de trabajo⁶ a las autoridades laborales competentes y al Instituto Mexicano del Seguro Social, proporcionándole datos e informes para la elaboración de estadísticas sobre riesgos de trabajo (accidentes y enfermedades de trabajo)⁷.

Dentro de las obligaciones de los trabajadores se encuentra: (i) comunicar al empleador y a la Comisión de Seguridad e Higiene, sobre las condiciones inseguras que se adviertan y sobre los accidentes de trabajo que ocurran; y ii) colaborar en una investigación de estos accidentes⁸. De igual manera, cuando un trabajador sufra un accidente en su centro laboral, debe acudir o ser trasladado a una unidad médica para recibir atención inmediata, o en caso urgente, a la unidad más cercana del accidente⁹.

Las condiciones inseguras son aquellas que derivan de la infracción o desatención de las medidas establecidas como seguras, y que pueden conllevar la ocurrencia de un incidente, accidente, enfermedad de trabajo o daño material al centro de trabajo¹⁰. La información sobre sucesos peligrosos e incidentes permite establecer medidas de prevención y control para evitar la ocurrencia de los riesgos de trabajo.

⁵Ley del Seguro Social. Capítulo III, Del Seguro de Riesgos de Trabajo. Artículo 52.

⁶Ley Federal del Trabajo. Artículo 473.

⁷Ley del Seguro social. Artículo 83. Apartado II.

⁸Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo 8. Apartado 2.

⁹Reglamento de Prestaciones Médicas. IMSS. Artículo 22.

¹⁰Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011. Constitución, Integración, Organización y Funcionamiento de las Comisiones de Seguridad e Higiene. Definiciones.

La legislación en México establece los siguientes conceptos:

RIESGOS DE TRABAJO:

Son los accidentes y las enfermedades a los que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo⁶.



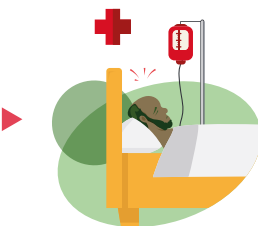
ACCIDENTE DE TRABAJO:

Se considera accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior o a la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en dicho trabajo se preste¹¹.



ENFERMEDAD DE TRABAJO:

Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios¹².



ACCIDENTE DE TRAYECTO:

Es el que se produce en el traslado del trabajador de su domicilio a su centro de trabajo y viceversa¹³.



⁶Ley Federal del Trabajo. Artículo 473.

¹¹Ley Federal del Trabajo. Artículo 474.

¹²Ley Federal del Trabajo. Artículo 475.

¹³Ley Federal del Trabajo. Artículo 474

CONDICIÓN INSEGURA:

Son aquéllas que derivan de la infracción o desatención de las medidas establecidas como seguras, y que pueden conllevar la ocurrencia de un incidente, accidente, enfermedad de trabajo o daño material al centro de trabajo¹⁴.



CONDICIÓN PELIGROSA:

Aquellas características inherentes a las instalaciones, procesos, maquinaria, equipo, herramientas y materiales, que pueden provocar un incidente, accidente, enfermedad de trabajo o daño material al centro de trabajo¹⁵.



INCIDENTE:

Es el acontecimiento que puede o no ocasionar daños a las instalaciones, maquinaria, equipo, herramientas y/o materiales utilizados, e interferir en los procesos o actividades, y que en circunstancias diferentes podrían haber derivado en lesiones a los trabajadores, por lo que requieren ser investigados para considerar la adopción de las medidas preventivas pertinentes¹⁶.



^{14, 15, 16} Norma Oficial Mexicana NON-019-STPS-2011. Definiciones.

► ¿Quién debe hacer qué?

Estos procedimientos están especificados en las leyes y los reglamentos de México de acuerdo al siguiente cuadro:

► Cuadro 1. Información, registro y notificación: ¿Por quién, a quién y sobre qué?

Actividad	¿Por quién?	¿A quién?	¿Qué acontecimiento y qué datos?
INFORMACIÓN 	Trabajadores	El supervisor inmediato, representante de la Comisión de Seguridad e Higiene, persona u organismo designado	Accidentes de trabajo y las lesiones provocadas por los mismos, accidentes en trayecto, condiciones inseguras o peligrosas e incidentes.
REGISTRO 	Empleador o su representante ante la Comisión de Seguridad e Higiene Supervisor de seguridad industria Servicio preventivo de seguridad y salud en el trabajo Trabajador independiente	Persona encargada del registro establecido para ese fin	Accidentes de trabajo y las lesiones provocadas por los mismos. De igual manera se debe llevar un registro de las enfermedades de trabajo calificadas o de las probables. El empleador debe llevar un registro de su trabajador en el que debe constar como información mínima: • nombre y apellido • domicilio • número de seguridad social • nombre y domicilio de los beneficiarios en caso de muerte del trabajador

Fuente: Elaboración propia a partir de la legislación mexicana.

Actividad	¿Por quién?	¿A quién?	¿Qué acontecimiento y qué información?
NOTIFICACIÓN	 Trabajadores, empleadores	A la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) a través de las Delegaciones Federales del Trabajo, la Dirección General de Inspección Federal del Trabajo o la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo	Accidentes de trabajo y lesiones provocadas por los mismos, accidentes de trayecto. Los datos para notificar son los establecidos en el formato: Aviso de accidentes y defunciones y accidentes en trayecto Homoclave: STPS-09-001-A¹⁷, que incluye: I. Identificación de la empresa II. Datos generales del accidentado III. Lugar y tipo de accidente IV. Características del accidente V. Daños del accidente de trabajo Ver Anexo 1
		Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Accidentes de trabajo, trayecto y lesiones provocadas por los mismos. Los datos para notificar son los establecido en el formato ST-7¹⁸ (Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo). Ver Anexo 2 En caso de tratarse de una enfermedad de trabajo se debe de notificar a través del formato ST-9¹⁹ (Aviso de atención medica inicial y calificación de probable enfermedad de trabajo). Ver Anexo 3

¹⁷http://www.frecuencialaboral.com/multimedia/STPS_Formato_de_aviso_de_accidentes_de_trabajo_para_trabajadores_y_familiares.pdf

¹⁸http://legismex.mty.itesm.mx/instruc/imss/Formato_ST7_09ene08.pdf

¹⁹<https://es.scribd.com/document/360253667/Formato-ST-9-Aviso-de-Atencion-Medica-y-Calificacion-de-Probable-Enfermedad-de-Trabajo>

Fuente: Elaboración propia a partir de la legislación mexicana.

Actividad	¿Por quién?	¿A quién?	¿Qué acontecimiento y qué información?
NOTIFICACIÓN	 Trabajadores	Médicos Operativos de Salud en el Trabajo. Adscritos a las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Se califican los accidentes de trabajo y trayecto de acuerdo a la información proporcionada por la empresa a través del formato (ST-7). Para las enfermedades de trabajo y con base a la información obtenida de la (ST-9) y con la ayuda de la historia clínica y laboral realizada al trabajador, se califica como enfermedad de trabajo. Los datos para notificar son los establecidos en la historia clínica del trabajador realizada por los médicos operativos de salud en el trabajo.
		Coordinación zonal de seguridad en el trabajo Servicios adscritos a los hospitales generales de zona Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Accidentes de trabajo, trayecto y enfermedades de trabajo. En caso de que exista discrepancia por parte de los médicos operativos de salud en el trabajo, en relación con la veracidad de la información proporcionada por el trabajador y la obtenida en el formato (ST-9). Se solicita la intervención de los ingenieros de seguridad en el trabajo, para estudiar y analizar con técnicas de la higiene industrial, ergonomía y otras, el ambiente de trabajo y así poder establecer la relación causa-efecto.

¿Qué puedo hacer como empleador para facilitar la información?

- Establecer un mecanismo para que los trabajadores puedan aportar la información necesaria al supervisor inmediato, la persona competente u otra persona u organismo designados, en consulta con los trabajadores o sus representantes;
- Proporcionar información y formación a los trabajadores sobre el mecanismo de información;
- Identificar a una o varias personas competentes que reciban la información sobre accidentes de trabajo, enfermedades de trabajo, accidentes de trayecto, condiciones inseguras o peligrosas e incidentes; y lleven a cabo las acciones de seguimiento, incluidas el registro y la investigación. Esta persona puede ser el responsable de seguridad y salud en el trabajo²⁰ o el secretario de la Comisión de Seguridad e Higiene²¹.
- Garantizar la existencia de políticas en vigor que impidan la adopción de medidas disciplinarias o de represalias contra los trabajadores que informen de este tipo de sucesos;
- Garantizar la confidencialidad de los datos personales y médicos;
- Promover que los trabajadores cumplan con los requisitos para informar sobre los accidentes de trabajo y las lesiones provocadas por los mismos, las enfermedades de trabajo, los accidentes de trayecto, las condiciones inseguras o peligrosas y los incidentes.

¿Cuáles son las obligaciones del empleador en materia de registro?

- Identificar a una persona competente para que prepare y mantenga los registros;
- Garantizar los mecanismos para que todos los eventos se registren, independientemente del día y la hora en que ocurran;
- Mantener los registros para garantizar que estén disponibles y puedan consultarse con facilidad en cualquier momento, dentro de lo razonable;
- Informar a los trabajadores y a sus representantes los mecanismos para el de registro;
- Proporcionar información adecuada a los trabajadores sobre las medidas de prevención y control para evitar los accidentes de trabajo y las lesiones provocadas por los mismos, las enfermedades de trabajo, los accidentes de trayecto, las condiciones inseguras o peligrosas y los incidentes, para reducir el riesgo de sucesos similares.

²⁰Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009. Definiciones.

²¹Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011. Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene. Definiciones.

¿Cuáles son las obligaciones del empleador en materia de notificación?

- Consultar la legislación y los reglamentos nacionales sobre la notificación requerida y los plazos establecidos;
- Cumplir con las disposiciones legales para notificar los accidentes de trabajo y las lesiones provocadas por los mismos, y los accidentes de trayecto a las autoridades competentes (Ver cuadro 2);
- Identificar a una persona competente para preparar el informe y notificarlo a la autoridad nacional competente.

Los empleadores que no notifiquen a la autoridad competente tal y como exigen la legislación y los reglamentos nacionales pueden incurrir en sanciones.

► Cuadro 2. Disposiciones legales referentes a notificación en México

¿Qué debe notificarse?	¿Cuándo debe notificarse a la autoridad nacional de SST?	¿Quién debe notificar?
Accidentes de trabajo y lesiones provocadas por los mismos, y accidentes de trayecto	Los empleadores deberán dar aviso por escrito o en forma electrónica de los accidentes de trabajo y trayecto, que ocurran, dentro de las 72 horas siguientes²². Se debe de notificar a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), a través de las Delegaciones Federales del Trabajo, la Dirección General de Inspección Federal del Trabajo, la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo y la unidad de prestaciones económicas y salud en el Trabajo del IMSS	Los empleadores, los trabajadores o sus familiares Dicho aviso podrá ser realizado por el trabajador ante la institución pública de seguridad social a la cual estuviera afiliado, o por sus familiares, si el trabajador se encuentra incapacitado para efectuarlo, o en caso de que el patrón no lo realice dentro del término antes indicado. Asimismo, el trabajador, o sus familiares podrán dar el aviso a la Secretaría del trabajo y Previsión Social (STPS) en los términos y condiciones previstos en la normativa correspondiente²³.
Defunción inmediata	Tan pronto se tenga conocimiento de la muerte de un trabajador por riesgos de trabajo (accidente o enfermedad de trabajo o accidente de trayecto), dar aviso escrito a las autoridades correspondientes²⁴.	Los empleadores y familiares del trabajador accidentado.

²²Ley Federal del Trabajo, artículo 504. Apartado V.
²³Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo 76.
²⁴Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo 77.

► Anexo

Anexo 1. Aviso de accidente de trabajo

gob mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Aviso de accidentes de trabajo

Homoclave del formato

STPS-09-001-A

Fecha de publicación en el DOF

14 | 12 | 2015

Este documento deberá llenarse por duplicado y entregarse dentro de las 72 horas después de ocurrido el accidente a la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo, ubicada en Boulevard Adolfo López Mateos No.1968, Piso 2, Col. Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01010, Ciudad de México, o en el interior de la República Mexicana, en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo más cercana. De no ser así, se aplicarán las sanciones correspondientes de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

I. Identificación de la empresa

Registro Federal de Contribuyentes (RFC)		Nombre, denominación o razón social	
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa	
No. de trabajadores de la empresa	Giro o actividad	Registro patronal del IMSS	
Teléfono (con clave lada)	Extensión	Correo electrónico	

Datos del Centro de Trabajo

Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc.)		No. de trabajadores en el centro de trabajo	
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

TRABAJO

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL



MÉXICO

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA



COFEMER

Instituto Federal de Mujeres Regulatoria

Contacto:

Boulevard Adolfo López Mateos No.1968, Piso 2, Col. Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01010, CDMX.

Horario de atención: 9:00 a 15:00 hrs

Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245

siaat@stps.gob.mx

gobmx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Colonia	Municipio o Alcaldía		Entidad Federativa
			▼
Registro patronal del IMSS	Teléfono (con clave lada)	Extensión	Correo electrónico

II. Datos generales del accidentado

RFC		CURP	
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa	
		▼	
Sexo	Edad	Teléfono (con clave lada)	
☐ Hombre ☐ Mujer			
Situación conyugal			
☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐ Sociedad de convivencia ☐ No especificado			
Nivel máximo de estudios		Número de personas que dependen económicamente del trabajador	
Antigüedad en el puesto (años, meses)		Antigüedad en la empresa (años, meses)	
Ocupación o puesto habitual del accidentado			
▼			
Ocupación o puesto que desempeñaba durante el accidente			
▼			

gobmx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Sitio, área o departamento en que ocurrió el accidente	
Clase de trabajador	
☐ Planta	☐ Eventual
☐ Confianza	☐ Honorarios
☐ Subcontrato	☐ No especificado
Institución de seguridad social a la que está afiliado	
☐ IMSS	☐ ISSSTE
☐ PEMEX	☐ Seguros estatales y/o municipales
☐ Seguro Privado	☐ Ninguno
Número de afiliación	Salario diario (pesos)

III. Lugar y tiempo del accidente

Entidad Federativa	Municipio o Alcaldía
Baja California	
Lugar del accidente	
☐ Lugar habitual del trabajo	☐ Otro lugar dentro del centro de trabajo
☐ En viaje o traslado por motivo de trabajo	☐ En trayecto del domicilio al trabajo
☐ En otro centro de trabajo	☐ En comisión
☐ En trayecto del trabajo al domicilio	☐ No especificado
Fecha en que ocurrió el accidente	Hora exacta en que ocurrió el accidente (hh:mm)
DD MM AAAA	
Turno durante el cual ocurrió el accidente	Horas continuas de trabajo antes del accidente
☐ Diurno	☐ Nocturno
☐ Mixto	☐ No especificado
Lugar donde recibió atención médica el accidentado (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro)	
Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)	
1. _____	
2. _____	

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

IV. Características del accidente

Tipo de riesgo					
☐ Accidente de trabajo	☐ Accidente de trayecto	☐ Enfermedad de trabajo			
Causa del accidente					
					▼
Acto inseguro					
					▼
Condiciones inseguras					
					▼
Factor personal de inseguridad					
☐ Actitud Inapropiada	☐ Falta de conocimientos	☐ Defectos orgánicos o psíquicos	☐ Ninguno	☐ No especificado	
Estado en el que se encontraba el accidentado					
☐ Normal	☐ Enfermo	☐ Ebrio	☐ Drogado	☐ Cansado	☐ No especificado
Equipo de protección que usaba el trabajador al momento del accidente					
☐ Completo	☐ Parcial	☐ No llevaba	☐ No especificado		
Describa la forma en que ocurrió el accidente					

V. Daño del accidente

Tipo de incapacidad o consecuencia					
☐ Temporal	☐ Parcial permanente	☐ Total permanente	☐ Muerte	☐ Sin incapacidad	☐ No especificado
Importe de daños materiales en el centro de trabajo (pesos)					
Naturaleza de la lesión					
					▼

gobmx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Días de incapacidad a consecuencia del accidente	Importe estimado de la curación (pesos)
Importe de salarios recibidos por el accidentado durante los días que dejó de trabajar (pesos)	
Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte	

Indemnización pagada por	Importe de indemnización (pesos)
☐ La empresa ☐ El seguro ☐ No especificado	
Beneficiarios de la indemnización (en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)	
1. _____	

2. _____	

Importe de los servicios funerarios (pesos)	

Datos del responsable del aviso

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido
Cargo o puesto		
Fecha de elaboración		
DD MM AAAA		
Firma		

► Anexo

Anexo 2. Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO ST-7

FOLIO: _____

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DEL PATRÓN: CALLE Y NÚMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO FIJO
5) REGISTRO PATRONAL	D.V.

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)										
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)			9) CURP		10) EDAD (AÑOS)								
11) SEXO M ☐ F ☐		12) ESTADO CIVIL		13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO							
ALCALDÍA O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL		14) TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		15) CORREO ELECTRÓNICO		16) UMF DE ADSCRIPCIÓN	
17) OOAD (IMSS)		18) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		19) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE		20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO				21) FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO			
						DÍA MES AÑO HORA				DÍA MES AÑO HORA			
22) SEÑALAR CLARAMENTE DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE													
23) EXPLORACIÓN FÍSICA. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE													
24) DIAGNÓSTICO(S) CIE													
25) TRATAMIENTO(S)													
26) SIGNOS Y SÍNTOMAS (MARQUE CON UNA X) INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SÍ ☐ NO ☐ INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SÍ ☐ NO ☐													
27) ¿HUBO RIÑA? SÍ ☐ NO ☐ 28) ATENCIÓN MÉDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:													
29) INCAPACIDAD INICIAL		AMERITA INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO		NÚMERO DE FOLIO		NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS		30) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO DE:			
		SÍ ☐ NO ☐		DÍA MES AÑO									
31) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE								32) MATRÍCULA			33) UNIDAD MÉDICA Y OOAD		

34) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO. UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR EL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.

ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO (NOMBRE Y FIRMA)	TELÉFONO DE CONTACTO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO
-------------------------------	--	--

NOTA: EL ASEGURADO, O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL				D.V.											
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO								COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO											
CIUDAD Y ESTADO				CÓDIGO POSTAL		5) TELÉFONO FIJO				6) CORREO ELECTRÓNICO													
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR				8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				D.V.		9) OCUPACIÓN													
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO				ALCALDÍA O MUNICIPIO				CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL									
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE				12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE				EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS 14) MATRÍCULA		15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL											
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE				DÍA		MES		AÑO		HORA		17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE											
DÍA				MES		AÑO		HORA		DÍA				MES		AÑO		HORA					
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE																							
EN LA EMPRESA ☐ EN UNA COMISIÓN ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐																							
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES)																							
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE																							
21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE																							
DÍA																		MES		AÑO		HORA	
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIÓ O PRESENCIARON EL ACCIDENTE																							
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA																							
24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICÍA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA																							
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL																							
26) LUGAR Y FECHA																							
27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)																							

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)																					
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN																					
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.																					
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO ☐ TRAYECTO ☐ SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SÍ ☐ NO ☐																					
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN																					
33) MATRÍCULA																					
34) FECHA DE CALIFICACIÓN																					
DÍA																		MES		AÑO	
35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD																					
NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.																					
36) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN																					
FECHA: _____																					
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO																					
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.																					
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.																					
39) MATRÍCULA																					
40) FECHA																					
DÍA																		MES		AÑO	
41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD																					

Anexo

Anexo 3. Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo ST-9



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO ST-9

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO
DATOS DEL PATRÓN O LA EMPRESA QUE OCASIONÓ LA EXPOSICIÓN RELEVANTE

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NÚMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO (10 DÍGITOS)
5) REGISTRO PATRONAL	D.V.

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		8) CURP	
9) EDAD (AÑOS)	10) SEXO M ☐ F ☐	11) ESTADO CIVIL		12) TELÉFONO FIJO	13) TELÉFONO CELULAR	14) CORREO ELECTRÓNICO
15) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO			ALCALDÍA O MUNICIPIO	
CIUDAD Y ESTADO						
16) CÓDIGO POSTAL	17) UMF DE ADSCRIPCIÓN	18) OOAD (IMSS)		19) FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO		DÍA MES AÑO HORA
20) DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL (DE LOS) PUESTO(S) DE TRABAJO Y DE LA(S) EXPOSICIÓN(ES) RELEVANTE(S) AL(LOS) FACTOR(ES) DE RIESGO (DURACIÓN, INTENSIDAD Y FRECUENCIA), RELACIONADO(S) CON LA(S) ENFERMEDAD(ES).						
21) DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO, SINTOMATOLOGÍA Y EXPLORACIÓN FÍSICA ACTUAL, ASÍ COMO ESTUDIOS PARACLÍNICOS E INTERCONSULTAS.						
22) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S).						
23) AMERITA O AMERITÓ INCAPACIDAD TEMPORAL		FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL		NÚMERO DE FOLIO	NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS	24) FECHA DE ELABORACIÓN DE ESTA ST-9
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		25) UNIDAD MÉDICA Y COAD DEL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO
SÍ ☐ NO ☐						
26) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ EL DICTAMEN						27) MATRÍCULA
28) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ DOS TANTOS DE ESTE FORMATO, UNO DE ELLOS PARA ENTREGARLO AL PATRÓN PARA QUE PROPORCIONE AL INSTITUTO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUDIERA TENER PARA CALIFICAR LA PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO, PARA LO CUAL, PODRÁ LLENAR EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE DOCUMENTO.						
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO				NOMBRE, FIRMA Y TELÉFONO DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO		

NOTA: EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO DEBERÁ ACUDIR A LA EMPRESA (A LA QUE HACE REFERENCIA ESTE FORMATO EN LOS INCISOS 1-6) Y SOLICITARLE AL PATRÓN QUE LLENE UN TANTO DEL REVERSO DEL FORMATO ST-9. ES NECESARIO ACUDIR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS POSTERIORES A LA FECHA EN QUE SE ELABORÓ ESTE FORMATO, AL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO QUE LE CORRESPONDA PARA ENTREGAR UN TANTO DE ESTE FORMATO Y CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN, AUNQUE EL PATRÓN NO LO HUBIERA LLENADO.

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		2) ACTIVIDAD O GIRO		3) REGISTRO PATRONAL		D.V.	
4) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO		ALCALDÍA O MUNICIPIO	
CIUDAD Y ESTADO		5) CÓDIGO POSTAL		6) TELÉFONO FIJO		7) CORREO ELECTRÓNICO	
8) NOMBRE DEL TRABAJADOR				9) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		D.V.	
10) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA							
11) OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑO		12) JORNADA		13) HORARIO DE TRABAJO		EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS	
						14) MATRÍCULA	
						15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL	
16) DESCRIPCIÓN PRECISA DEL (DE LOS) PUESTO(S) DE TRABAJO (ANTIGÜEDAD, HORARIOS, ACTIVIDADES, ETC.) Y DE LA(S) EXPOSICIÓN(ES) RELEVANTE(S) AL (A LOS) FACTOR(ES) DE RIESGO QUE ESTÉ(N) RELACIONADO(S) CON LA(S) ENFERMEDAD(ES) DE TRABAJO. DE SER NECESARIO PUEDE ADJUNTAR CARTA COMPLEMENTARIA CON FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA, QUE CONTENGA LA INFORMACIÓN QUE SE JUZGUE PERTINENTE.							
17) NOMBRE DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL				18) LUGAR Y FECHA			
19) FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL				19) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRÓN)			

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

21) CALIFICACIÓN:		SÍ ENFERMEDAD DE TRABAJO		NO ENFERMEDAD DE TRABAJO	
22) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN					
23) DIAGNÓSTICO(S) Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN. ANOTAR EL CÓDIGO(S) CIE10 CON SU DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S) Y SU RESPECTIVO DIAGNÓSTICO(S) DE LA TABLA DE ENFERMEDADES DE TRABAJO CON SU FRACCIÓN. EN CASO DE NO ENFERMEDAD DE TRABAJO SOLO ANOTAR EL CÓDIGO(S) CIE10 CON SU DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S).					
CON BASE EN LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 473 Y 475 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO 41 Y 43 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL SE EMITE EL PRESENTE DICTAMEN DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 19, 22, 23, 25 Y 30 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. 24) FUNDAMENTO LEGAL ADICIONAL:					
25) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORA ESTE DICTAMEN		26) MATRÍCULA		27) FECHA DE CALIFICACIÓN	
				DÍA MES AÑO	
				28) UNIDAD MÉDICA	
				29) OOAD	

NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD. 30) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN					
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO				FECHA:	
31) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 27.					
32) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 31.		33) MATRÍCULA		34) FECHA	
				DÍA MES AÑO	
				35) UNIDAD MÉDICA	
				36) OOAD	

► Bibliografía

- *Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores*, 1981 (núm. 155).
- OIT. 1996. *Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1996.
- OIT. 2021. *Mejora de la seguridad y la salud en el trabajo en las pequeñas y medianas empresas: Manual del participante*. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2021.
- *Cámara de Diputados H Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo*. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación, abril de 1970. Texto Vigente DOF 09-04-2012.
- *Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Diario Oficial 13 de enero del 2014.
- *Cámara de Diputados H Congreso de la Unión. Ley del Seguro Social*. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación, diciembre de 1995. Texto Vigente DOF 31-07-2021.
- *Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana. NOM-019-STPS-2011. Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene*, Diario Oficial. 13 de abril de 2011.
- *Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana. NOM-030-STPS-2009. Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo. Funciones y actividades*. Diario Oficial. 18 de septiembre de 2009.
- *Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Publicado 30 de noviembre del 2006.

VISION ZERO FUND

Organización Internacional del Trabajo

Servicio de Administración del Trabajo,
Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el
Trabajo

Departamento de Gobernanza y Tripartismo
4 route des Morillons,
CH-1211 Ginebra 22
Suiza

Fondo Vision Cero

ilo.org/vzf

vzf@ilo.org

Oficina de la OIT para México y Cuba

Calzada General Mariano Escobedo 218, Piso 2
Anáhuac I Secc,
Miguel Hidalgo, 11320
Ciudad de México

México

www.ilo.org/mexico

mexico@ilo.org

Financiado por la
Unión Europea



Organización
Internacional
del Trabajo

**SEGURIDAD
+ SALUD
PARA TODOS**

El Fondo Visión Cero forma parte de Seguridad + Salud para Todos, un programa de referencia de la OIT cuyo objetivo es crear una cultura de trabajo seguro y saludable.