

# ISSSTE – Riesgo de trabajo

## REQUISITOS:

1. El trabajador cuenta con 72 horas después del evento o accidente para entregar el AVISO DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO, con las siguientes indicaciones:

- ✓ **Un tanto original y 1 copia** del AVISO DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO. Este, es un documento de formato libre (ver ejemplo) llenado por el trabajador o por el jefe inmediato (director o supervisor), y debe acompañarse por **una copia** del INE de quien elabore el oficio y del trabajador. En este oficio se manifiesta que *"en apego al art. 60 de la ley del ISSSTE me permito informar de un probable riesgo de trabajo toda vez que..."*. Además se deben señalar los datos generales y laborales del trabajador y las circunstancias de modo, lugar y tiempo respecto al accidente o hecho. Si existen testigos, anexar sus firmas e INE. Agregar teléfono, dirección y correo electrónico debajo de la firma.
- ✓ Este documento va dirigido a Lic. Gabriela de Jesús Abelar Salazar, Encargada de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE en Veracruz y puede entregarse a través del sindicato, el jefe inmediato, un familiar o personalmente en cualquiera de las oficinas siguientes:
  - Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE, dentro de la Delegación del ISSSTE en la Av. Xalapa, Xalapa-Enríquez, Ver.
  - UAPE – Tuxpan
  - UAPE – Veracruz
  - UAPE – Orizaba
  - UAPE – Coatzacoalcos
- ✓ Guardar el acuse de recibido.

Posteriormente, el trabajador cuenta con **30 días naturales** a partir de la fecha del evento o accidente, para entregar la siguiente documentación:

2. **Cuatro tantos originales y 1 copia** del formato RT-01, únicamente la parte que dice ANVERSO, ya que el reverso lo llena el médico de medicina del trabajo.

3. **Acudir** a la **clínica de adscripción** para que le llenen y entreguen el formato RT-02.

4. **Un original y 1 copia** del formato RT-03; pudiendo ser RT-03/A para riesgos en centro de trabajo, RT-03/B para riesgos en trayecto o RT-03/C para riesgos en comisión.
5. **Un original y 1 copia** de la NOTA DE PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA por parte del ISSSTE.
6. PLACAS E INTERPRETACIÓN en caso de haberlas. Si no las hay, hacer caso omiso a este punto.
7. **Dos copias** de todas las LICENCIAS o INCAPACIDADES MÉDICAS
8. **Un original y 1 copia** del ACTA ADMINISTRATIVA DE HECHOS elaborada por el jefe inmediato o supervisor escolar en donde se desglose cómo ocurrió el riesgo o accidente, así como la narración de los testigos. Debe llevar firma y sello del jefe inmediato, firma del trabajador y de los testigos. Anexar **una copia** del INE de los firmantes.
9. **Dos copias** de la credencial del INE del trabajador
10. **Dos copias** del CURP.
11. **Original y 1 copia** de la CONSTANCIA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR elaborada y firmada por el jefe inmediato o supervisor escolar.
12. **Original y 1 copia** de la CONSTANCIA DE LABORES elaborada y firmada por el jefe inmediato o supervisor escolar.
13. **Dos copias** de la LISTA DE ASISTENCIA COMPLETA de la fecha del incidente.
14. **Dos copias** del último COMPROBANTE DE PAGO.
15. **Dos copias** del CROQUIS DE LOS HECHOS.
16. **Dos copias** de la VIGENCIA DE DERECHOS
17. **Dos copias** del COMPROBANTE DE DOMICILIO
18. **Dos copias** del acuse de recibido del AVISO DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO, entregado previamente.
19. En el caso de no haber entregado el AVISO DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO dentro de las primeras 72 horas de haber ocurrido el incidente, el trabajador deberá elaborar y anexar, al momento de entregar el resto de la documentación, **un original y 1 copia** del OFICIO dirigido a la Dra. María Asunción Gaona Rivera, Jefa de Medicina del Trabajo, en donde expongan los motivos que justifiquen el no haber dado el aviso en tiempo

y forma, pudiendo señalar que se encontraba en estado de incapacidad, que estaba hospitalizado, que no se encontraba físicamente en condiciones y que su familia tampoco pudo apoyar. Anexar **una copia** del INE del trabajador.

**\*\***Todo lo anterior deberá entregarlo en la **Oficina de seguridad de higiene y medicina del trabajo** (ventanilla 8) dentro de la Delegación del ISSSTE en la Av. Xalapa, Xalapa-Enríquez, Ver.

## (MEMBRETE DE SU DEPENDENCIA)

Oficio No. \_\_\_\_\_  
, Ver., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_ .

**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES  
DEL ISSSTE EN VERACRUZ.**  
P r e s e n t e.

Con fundamento en el Artículo 60 de la Ley del ISSSTE en vigor, hago de su conocimiento que el C. \_\_\_\_\_, con R.F.C.: \_\_\_\_\_, sufrió un probable accidente de trabajo el día \_\_\_\_\_.

(describir brevemente la mecánica del accidente sufrido, incluyendo las circunstancias de modo, lugar, actividades que realiza, si es por enfermedad: si estuvo en contacto con compañeros infectados, equipo de protección personal que utiliza)

Sin otro particular, agradezco de antemano su atención al presente.

A t e n t a m e n t e.

**SERVIDOR PUBLICO AUTORIZADO.  
(JEFE DE RECURSOS HUMANOS O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR  
Y  
SELLO DE LA DEPENDENCIA)**

C.C.P.

**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN**

| Fecha |     |     |
|-------|-----|-----|
| Día   | Mes | Año |
|       |     |     |

C. \_\_\_\_\_  
SUBDELEGADO (A) DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN LA DELEGACIÓN \_\_\_\_\_

CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DEL TRABAJO QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

**1.1 DATOS DEL TRABAJADOR:**

PARA USO DEL TRABAJADOR

NOMBRE \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_  
CALLE \_\_\_\_\_ NO. EXTERIOR \_\_\_\_\_ NO. INTERIOR \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO. \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ NO. DE EMPLEADO \_\_\_\_\_

|                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| PUESTO                           | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES |
| FECHA DE INGRESO                 |                            |
| FECHA DE 1a COTIZACIÓN AL ISSSTE |                            |

| HORARIO DE TRABAJO (15) | MATUTINO | VESPERTINO | NOCTURNO | MIXTO | JORNADA ACUMULADA | HORA DE ENTRADA | HORA DE SALIDA |
|-------------------------|----------|------------|----------|-------|-------------------|-----------------|----------------|
|                         |          |            |          |       |                   |                 |                |

| FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD | DÍA | MES | AÑO | HORA |
|---------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|------|
|                                                               |     |     |     |      |

**CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE**

| DEPENDENCIA | COMISIÓN | EN TRAYECTO A SU TRABAJO | EN TRAYECTO A SU DOMICILIO | TIEMPO EXTRA |
|-------------|----------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|             |          |                          |                            |              |

DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O AREA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIO EL ACCIDENTE., EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS.

**ATENTAMENTE:**

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_

**1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:**

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE RAMO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CENTRO ADSCRIPCIÓN DE \_\_\_\_\_  
CALLE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL RIESGO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_  
PUESTO \_\_\_\_\_ NO. EMPLEADO \_\_\_\_\_

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

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA \_\_\_\_\_

SELLO DE LA DEPENDENCIA

NOTA: EL ANVERSO DEBE SER REQUISITADO POR LA DEPENDENCIA EN LA CUAL LABORA EL TRABAJADOR Y EL REVERSO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LAS AREAS DE MEDICINA DE TRABAJO Y SE CONSIGNARAN LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.

PARA USO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

**DICTAMEN DE CALIFICACIÓN**

| NATURALEZA DEL RIESGO       | FECHA |     |     |      |
|-----------------------------|-------|-----|-----|------|
|                             | DIA   | 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:**

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

|                                                                                   |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| VO. Bo.<br>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"

## CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ RFC ó CURP: \_\_\_\_\_

| NATURALEZA DEL RIESGO       |       |     |     |
|-----------------------------|-------|-----|-----|
| ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO |       |     |     |
| ACCIDENTE EN COMISIÓN       |       |     |     |
| ACCIDENTE EN TRAYECTO       |       |     |     |
| ENFERMEDAD DE TRABAJO       |       |     |     |
| DEFUNCIÓN                   | FECHA |     |     |
|                             | DÍA   | MES | AÑO |
|                             |       |     |     |

| UNIDAD MEDICA QUE EXPIDE<br>CERTIFICADO MÉDICO INICIAL |
|--------------------------------------------------------|
|                                                        |

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

### ANTECEDENTES

| FECHA Y HORA<br>EN QUE SE<br>RECIBIÓ AL<br>PACIENTE |     |     |     |      |     |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|
|                                                     | DÍA | MES | AÑO | HORA | MIN |
|                                                     |     |     |     |      |     |

| MARQUE CON UNA "X", LO QUE SE RELACIONA<br>CON EL PADECIMIENTO ACTUAL |                          |                                 |         |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------|--|--|
| RIÑA                                                                  | ALIENTO<br>ALCOHOLICO    | INTENCIONALIDAD<br>DE LA LESIÓN | TÓXICOS |  |  |
| ESTADO DE<br>EBRIEDAD                                                 | BAJO EFECTO DE<br>DROGAS | POR PRESCRIPCIÓN<br>MEDICA      |         |  |  |

### PADECIMIENTO ACTUAL

### EXPLORACIÓN FÍSICA (LESIONES ANATÓMICAS)

ANVERSO



|                               |
|-------------------------------|
| LABORATORIO Y GABINETE        |
| DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO        |
| DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO        |
| DIAGNÓSTICO ANATOMO FUNCIONAL |
| PRONÓSTICO                    |

|                                   |   |    |     |     |     |   |     |     |     |
|-----------------------------------|---|----|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|
| DÍAS DE LICENCIA MÉDICA OTORGADOS | □ | DE | DÍA | MES | AÑO | A | DÍA | MES | AÑO |
|                                   | □ |    | □   | □   | □   |   | □   | □   | □   |

|                   |                  |                  |            |
|-------------------|------------------|------------------|------------|
| NOMBRE DEL MÉDICO | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |
|-------------------|------------------|------------------|------------|

|                    |  |
|--------------------|--|
| CÉDULA PROFESIONAL |  |
|--------------------|--|

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

C.C.P. TRABAJADOR  
DEPENDENCIA. PRESENTE  
UNIDADES MÉDICAS. PRESENTE  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA. PRESENTE  
MÉDICA  
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES. PRESENTE  
EXPEDIENTE CLÍNICO. MEDICINA FAMILIAR

SELLO UNIDAD

**REVERSO**



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**

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><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |     |  |     |  |                                                                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 30px;">NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |     |  |     |  | NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| 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<br>(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)<br>-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE<br>-LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS |  |
| 9.  | COPIA DE LICENCIAS MEDICAS                                                                                                         |  |
| 10. | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS.<br>-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 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

SELO DE LA SUBDELEGACIÓN  
DE PRESTACIONES

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

**REVERSO**

FORMATO RT-03 C

(ANEXO 8)

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><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><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%;">DÍA</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> | DÍA |  | MES |  | AÑO |  | FECHA DE SOLICITUD (RT01) |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| 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 DE 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)                                                         |  |
| 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.* | OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN                                                                                               |  |
| 6.  | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO                                                                                      |  |
| 7.  | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN                                                                   |  |
| 8.  | CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL<br>(DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO- DOMICILIO TEMPORAL) |  |
| 9.  | TALÓN DE PAGO RECIENTE                                                                                                    |  |

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL APARTADO I, EXCEPTO EL 3, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

**II.**

|      |                                                                                                                                    |  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 10.* | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)<br>-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE<br>-LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS |  |
| 11.  | COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS                                                                                                         |  |
| 12.  | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS.<br>-FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE.                  |  |

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO II, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

ANVERSO

**III.**

|      |                                                         |  |
|------|---------------------------------------------------------|--|
| 13.* | AVERIGUACIÓN PREVIA                                     |  |
| 14.  | EXAMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS                          |  |
| 15.  | PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS) |  |
| 16.  | PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL                       |  |
| 17.  | PARTE DE AMBULANCIA                                     |  |

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

**IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

|     |                                         |  |
|-----|-----------------------------------------|--|
| 18* | AVERIGUACIÓN PREVIA                     |  |
| 19* | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN |  |
| 20  | COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY            |  |
| 21. | EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM |  |

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

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