

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 _____

CURP _____ NOMBRE DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO. _____

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.

ANVERSO

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:

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

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

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

SELLO DE LA DELEGACIÓN

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

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

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 CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

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

ANTECEDENTES

FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE					
	DÍA	MES	AÑO	HORA	MIN

MARQUE CON UNA "X", LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL					
RIÑA	ALIENTO ALCOHOLICO	INTENCIONALIDAD DE LA LESIÓN	TÓXICOS		
ESTADO DE EBRIEDAD	BAJO EFECTO DE DROGAS	POR PRESCRIPCIÓN 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) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
7	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS (EN SU CASO) . FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE	
8	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	

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

III.

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

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

IV EN CASO DE MUERTE DEL TRABAJADOR

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

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

ANVERSO

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C. _____,

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A 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> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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)																																																						
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 (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) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS	
9.	COPIA DE LICENCIAS MEDICAS	
10.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -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	
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

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></tr> <tr><td colspan="8" 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></tr> <tr><td colspan="8" 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 (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) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
11.	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	
12.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -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

FORMATO RT-03 C

(ANEXO 8)

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

REVERSO