



**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO**

FORMATO RT-01

Fecha		
Día	Mes	Año

1.- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

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

CON APEGO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 60 DE LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DE 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

CODIGO POSTAL

TELEFONO

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 A LA DEPENDENCIA		
FECHA DE 1ª. COTIZACIÓN AL ISSSTE		

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 DE ADSCRIPCIÓN _____
CALLE _____ NÚMERO _____

COLONIA

CIUDAD

ESTADO

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE _____
PUESTO _____ NO. EMPLEADO _____

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

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA _____

SELLO DE LA DEPENDENCIA

NOTA: EL ANVERSO LO LLENA LA DEPENDENCIA EN DONDE LABORA EL TRABAJADOR Y EL REVERSO LO LLENA MEDICINA DE TRABAJO Y SE CONSIGNARAN LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN



**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO**

FORMATO RT-01

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN:

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

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

PARA USO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

DIAGNÓSTICOS

CONCLUSIONES

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 DE TRABAJO SE CALIFICA COMO

"SI DE TRABAJO"		"NO DE TRABAJO"	
-----------------	--	-----------------	--

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 55, 56, 57, 58 Y 61 DE LA LEY DEL ISSSTE; 63,131,126 FRACCION II, DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE-, III DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO; 15 FRACCION I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE; 43 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE, EN CASO DE IMPROCEDENCIA EL TRABAJADOR TIENE 30 DIAS HÁBILES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO, 13 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

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

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE IMPROCEDENCIA ESTE FORMATO DEBERÁ TENER LA FIRMA DEL DELEGADO ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS