



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

PARA USO DEL IMSS
CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

**DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA
POR RIESGO DE TRABAJO ST-8**
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR

1) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)						2) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
3) CURP											
4) MATRICULA (EN TRABAJADOR IMSS)				5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION (EN TRABAJADOR IMSS)							
6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO						COLONIA O FRACCIONAMIENTO					
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO						CODIGO POSTAL		7) TELEFONO			

DATOS DEL PATRON

8) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA						9) REGISTRO PATRONAL					
10) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO						COLONIA O FRACCIONAMIENTO					
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO						CODIGO POSTAL		11) TELEFONO			

ANTECEDENTE DE LA CALIFICACION DEL RIESGO DE TRABAJO (ANEXAR COPIA DEL DICTAMEN ST-7)

12) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			13) DIAGNOSTICO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO									
DIA	MES	AÑO										
14) EL RIESGO SE CALIFICO COMO:												
ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>				ACCIDENTE DE TRAYECTO <input type="checkbox"/>				ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>				
15) LUGAR DE LA CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			UNIDAD MEDICA		DELEGACION		16) FECHA DE CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			DIA	MES	AÑO

1. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

17) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO											
18) FECHA DE RECAIDA			19) SE ACEPTA RECAIDA		20) MOTIVO DE LA RECAIDA						
DIA	MES	AÑO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
21) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN						22) MATRICULA			23) FIRMA DEL MEDICO		
24) FECHA		DIA	MES	AÑO	25) LUGAR		26) UNIDAD MEDICA		27) DELEGACION		

2. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

28) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO											
29) FECHA DE RECAIDA				30) SE ACEPTA RECAIDA		31) MOTIVO DE LA RECAIDA					
DIA		MES		AÑO		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
32) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN						33) MATRICULA		34) FIRMA DEL MEDICO			
35) FECHA		DIA		MES		AÑO		36) LUGAR		37) UNIDAD MEDICA	38) DELEGACION

3. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

39) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO											
40) FECHA DE RECAIDA				41) SE ACEPTA RECAIDA		42) MOTIVO DE LA RECAIDA					
DIA		MES		AÑO		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
43) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN						44) MATRICULA		45) FIRMA DEL MEDICO			
46) FECHA		DIA		MES		AÑO		47) LUGAR		48) UNIDAD MEDICA	49) DELEGACION

4. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

50) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO											
51) FECHA DE RECAIDA				52) SE ACEPTA RECAIDA		53) MOTIVO DE LA RECAIDA					
DIA		MES		AÑO		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
54) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN						55) MATRICULA		56) FIRMA DEL MEDICO			
57) FECHA		DIA		MES		AÑO		58) LUGAR		59) UNIDAD MEDICA	60) DELEGACION

61) OBSERVACIONES									

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-8

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: _____