

CALIFICACIÓN MÉDICO LEGAL DE ENFERMEDAD DE TRABAJO
(FORMATO MT-02)

A) DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR (PARA USO DEL TRABAJADOR O, EN SU CASO, DE SU REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIARES)

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR			RFC
CURP 	ESTADO CIVIL	EDAD (AÑOS)	TELÉFONO
DOMICILIO COMPLETO (CALLE, NÚMERO, COLONIA / ASENTAMIENTO, DELEGACIÓN / MUNICIPIO, DF / ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			IDENTIFICACIÓN (TIPO Y NÚMERO)

B) DATOS SOBRE LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA ISSSTE (PARA USO DEL MÉDICO TRATANTE)

UNIDAD MÉDICA	DELEGACIÓN DEL ISSSTE	FECHA Y HORA DE LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA ISSSTE
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS PROBABLES AGENTES CAUSALES DE LA ENFERMEDAD Y TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS		
DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, TIEMPO DE EVOLUCIÓN, ESTUDIOS AUXILIARES PRACTICADOS, INTERCONSULTAS		
DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO, ETIOLÓGICO Y ANATOMOFUNCIONAL		
¿HUBO ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL PREVIA? (ESPECIFIQUE)		
TRATAMIENTO		
NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE Y FIRMA	NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	FIRMA DEL DIRECTOR DE LA CLÍNICA U HOSPITAL SELLO

C) CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA EN EL TRABAJO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO, ETIOLÓGICO Y ANATOMOFUNCIONAL			
FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN DE LA CALIFICACIÓN			
¿SE CALIFICA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO? ☐ SÍ ☐ NO	FECHA Y HORA DE LA CALIFICACIÓN	DELEGACIÓN	SELLO DEL SUBCOMITÉ
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN		NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES

ESTA CALIFICACIÓN SE EMITE CON FUNDAMENTO EN LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 56 Y 58 DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO; 20, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 35 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES DEL REGLAMENTO PARA LA CALIFICACIÓN MÉDICO LEGAL DE RIESGOS DE TRABAJO Y DICTAMEN DE INCAPACIDADES PERMANENTES E INVALIDEZ DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

SE INFORMA AL TRABAJADOR, SU REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIARES QUE CUENTA CON 30 DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA INTERPONER ANTE EL ISSSTE UN RECURSO DE INCONFORMIDAD CONTRA ESTA CALIFICACIÓN, CON FUNDAMENTO EN LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 58 DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y EN EL TÍTULO CUARTO DEL REGLAMENTO PARA LA CALIFICACIÓN MÉDICO LEGAL DE RIESGOS DE TRABAJO Y DICTAMEN DE INCAPACIDADES PERMANENTES E INVALIDEZ DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

RECIBÍ COPIA SIMPLE DE ESTE DOCUMENTO CON FIRMA AUTÓGRAFA DE LA CALIFICACIÓN MÉDICO LEGAL

TRABAJADOR O, EN SU CASO, REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIAR
NOMBRE, FECHA Y FIRMA Y/O HUELLA DACTILAR

D) INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (PARA USO DE LA DEPENDENCIA / ENTIDAD)		
DEPENDENCIA/ENTIDAD		NÚMERO DE RAMO
DOMICILIO COMPLETO DEL CENTRO DE TRABAJO (CALLE, NÚMERO, COLONIA/ASENTAMIENTO, DELEGACIÓN/MUNICIPIO, DF/ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
ACTIVIDADES LABORALES O RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		ANTIGÜEDAD
		SALARIO DIARIO \$
NÚMERO DE EMPLEADO	HORARIO DEL TRABAJADOR	FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS PROBABLES AGENTES CAUSALES DE LA ENFERMEDAD Y TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS		
¿HUBO ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL PREVIA? (ESPECIFIQUE)		
ACLARACIONES Y OBSERVACIONES		
		SELLO DEL CENTRO DE TRABAJO
NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO	