gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato aviso de accidentes de trabajo trabajadores y familiares

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
	/ /

Este documento deberá llenarse por duplicado y entregarse a la Dirección General de Investigación y Estadisticas del Trabajo, ubicada en Paseo de la Reforma No. 93, Piso 10, Col. Tabacalera, C.P. 06030, México, D.F., o en el intrior de la Repúblia Mexicana, en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo más cercana.

I. Datos generales del accidentado

RFC	CURP

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido

Sexo	Edad	Teléfono(clave lada)
◯ Hombre ◯ Mujer		

Codigo postal	Calle	N° exterior	N°interior

Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal

Nivel maximo de estudios	Número de personas que dependenden económicamente del trabajador

Puesto o ocupación a que se dedica el trabajador	Salario diario (pesos)

Institución de seguridad social a la que está afiliado

◯ IMSS ◯ ISSSTE ◯ PEMEX ◯ Seguros estatales y/o municipales ◯ Seguro privado ◯ Ninguno

II. Identificación de la empresa

Datos de la empresa y/o del centro de trabajo (donde ocurrió el accidente)

Nombre, razón social o denominacion legal de la empresa

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo,los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Contacto:
Paseo de la Reforma N° 93. Piso 10
Col. Tabacalera Del. Cuahutemoc
Distrito Federal, CP. 06030
Tel. (55) 2000-5300 Ext.63245
siaat@stps.gob.mx

Nombre del centro de trabajo		Giro o actividad	
Codigo postal	Calle	N° exterior	N°interior
Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal	
Teléfono		Correo electrónico	

III. Lugar y tiempo del accidente

Entidad Federativa	Municipio o delegación

Lugar del accidente

- ◯ Lugar habitual del trabajo
- ◯ Otro lugar dentro del centro de trabajo
- ◯ En otro centro de trabajo
- ◯ Otro
- ◯ En viaje o traslado por motivo de trabajo
- ◯ En trayecto del domicilio al trabajo
- ◯ En trayecto del trabajo al domicilio
- ◯ No especificado

Fecha en que ocurrió el accidente	Hora exacta en que ocurrió el accidente (hh:mm)
DD | MM | AAAA	

Turno durante el cual ocurrió el accidente	Horas contínuas de trabajo antes del accidente
◯ Diurno ◯ Nocturno ◯ Mixto ◯ No especificado	

Lugar donde recibió atención médica el accidentado (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro)

IV Daño del accidente

Describa la forma en que ocurrió el accidente

Parte del cuerpo lesionada (Ejemplo: cabeza, columna vertebral, mano derecha, pierna, brazo)

Contacto:
Paseo de la Reforma N° 93. Piso 10
Col. Tabacalera Del. Cuahutemoc
Distrito Federal, CP. 06030
Tel. (55) 2000-5300 Ext.63245
siaat@stps.gob.mx

Describa la lesión (Ejemplo: Fractura, luxación, esguince, herida, traumatismo, contusión, etc).	Dias que dejó de trabajar a causa del accidente

¿Recibió sueldo durante los días que dejó de trabajar?	¿Falleció el trabajador?
SI ◯ NO ◯	SI ◯ NO ◯
¿El trabajador tuvo que ser hospitalizado?	¿Ha tenido conocimiento de la ocurrencia de más accidentes en el centro de trabajo?
SI ◯ NO ◯	SI ◯ NO ◯

Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)

1. _____

_____

2. _____

_____

Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte

Beneficiarios de la indemnización (en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)

1. _____

_____

2. _____

_____

3. _____

_____

4. _____

Datos de la persona que da aviso

Relación con el accidentado

◯ Mismo Trabajador ◯ Cónyuge ◯ Hijo (a) ◯ Madre o Padre ◯ Hermano (a) ◯ Otro

Nombre y Apellidos	
Fecha de elaboración	
DD / MM / AAAA	Firma

Contacto:
Paseo de la Reforma N° 93. Piso 10
Col. Tabacalera Del. Cuahutemoc
Distrito Federal, CP. 06030
Tel. (55) 2000-5300 Ext.63245
siaat@stps.gob.mx