



ESPECIALISTAS EN IMSS,
INFONAVIT, AFORES Y DERECHO LABORAL

Querétaro No. 226, Desps. 4-A y 4-B.
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc.
C.P. 06700, México, D.F.

Tels. 55-64-73-75
Fax: 55-64-22-62

CIRCULAR INFORMATIVA No. 12/2009. PARA TODOS NUESTROS CLIENTES.

NUEVO FORMATO PARA CALIFICAR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO.

Sumario.

- 1).- Introducción.
- 2).- Nuevo Formato ST-9.
- 3).- Procedimiento para la calificación de las enfermedades de trabajo.
- 4).- Recomendaciones prácticas sobre el nuevo procedimiento.

1).- Introducción.

Con motivo de una reciente modificación a la “Norma que Establece las Disposiciones para la Dictaminación y Prevención de los Accidentes y Enfermedades de Trabajo”, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dio a conocer un nuevo formato para la calificación de enfermedades de trabajo, denominado Formato ST-9 “Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Enfermedad de Trabajo”.

En atención a lo anterior, se producirán las siguientes consecuencias:

a).- El formato actualmente en uso (Formato ST-7 “Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo de Trabajo”), mediante el cual se calificaban indistintamente los accidentes y enfermedades de trabajo, será utilizado exclusivamente para la calificación de accidentes de trabajo.

b).- Dejará de aplicarse definitivamente el viejo Formato ST-1 “Aviso para Calificar Probable Riesgo de Trabajo”.

2).- Nuevo Formato ST-9.



**ESPECIALISTAS EN IMSS,
INFONAVIT, AFORES Y DERECHO LABORAL**

Querétaro No. 226, Desps. 4-A y 4-B.
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc.
C.P. 06700, México, D.F.

Tels. 55-64-73-75
Fax: 55-64-22-62



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA Y CALIFICACIÓN DE
PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO ST-9
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
EL TRABAJO)

DATOS DEL PATRÓN PARA VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DERECHOS

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NÚMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CÓDIGO POSTAL	4) TELÉFONO (LADA)
5) REGISTRO PATRONAL (11 DÍGITOS)	

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS)		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)			
8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (ESPECIFICAR)					9) CURP
10) EDAD (AÑOS)	11) SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO
DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO			14) CÓDIGO POSTAL	15) TELÉFONO (LADA)	
16) UMF DE ADSCRIPCIÓN	17) DELEGACIÓN (IMSS)	18) FECHA Y HORA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO			
		DÍA	MES	AÑO	HORA
19) DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS					
20) DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES Y LAS INTERCONSULTAS					
21) DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO, ETIOLÓGICO Y ANATOMOFUNCIONAL					
22) TRATAMIENTO					
23) AMERITA INCAPACIDAD TEMPORAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL DÍA MES AÑO		No. DE FOLIO	Nº DE DÍAS AUTORIZADO	24) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO MÉDICO DE
25) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO		MATRÍCULA	FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO		26) UNIDAD MÉDICA Y DELEGACIÓN (IMSS)
EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS					
TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)			FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)		
DOMICILIO Y TELÉFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE					



**ESPECIALISTAS EN IMSS,
INFONAVIT, AFORES Y DERECHO LABORAL**

**Querétaro No. 226, Desps. 4-A y 4-B.
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc.
C.P. 06700, México, D.F.**

**Tels. 55-64-73-75
Fax: 55-64-22-62**

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL (11 DIGITOS)			
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO						COLONIA O FRACCIONAMIENTO					
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				CODIGO POSTAL		5) TELEFONO (LADA)				6) CORREO ELECTRONICO	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR			8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DIGITOS)			9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO					
COLONIA O FRACCIONAMIENTO				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO						10) CODIGO POSTAL	
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD						12) ANTIGUEDAD EN LA OCUPACION				13) SALARIO DIARIO	
14) HORARIO DE TRABAJO ACTUAL				15) MATRICULA (SOLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)				16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (SOLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)			
17) FECHA DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD		DIA	MES	AÑO		18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DE LA ENFERMEDAD (SOLO SI EL TRABAJADOR HA SIDO INCAPACITADO)		DIA	MES	AÑO	HORA
19) DESCRIPCION PRECISA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS											
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DE LA ENFERMEDAD						21) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DE LA ENFERMEDAD					
						DIA	MES	AÑO		HORA	
22) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES (INFORMACION COMPLEMENTARIA QUE SE JUZGUE PERTINENTE PARA SER CONSIDERADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS; DE SER NECESARIO, ANEXAR CARTA ACLARATORIA CON FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)											
23) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						24) LUGAR Y FECHA					
25) FIRMA AUTOGRAFA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						26) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA AUTOGRAFA DEL PATRON)					

DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

27) DIAGNOSTICOS NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA ENFERMEDAD												
28) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION										29) UNIDAD MEDICA		
30) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				31) MATRICULA IMSS		32) LUGAR Y FECHA		DIA	MES	AÑO	33) DELEGACION	
34) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								35) FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO QUE CALIFICA				

SEÑOR(A) TRABAJADOR(A):		SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.									
RECIBI COPIA ST-9						FECHA: _____					
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE											



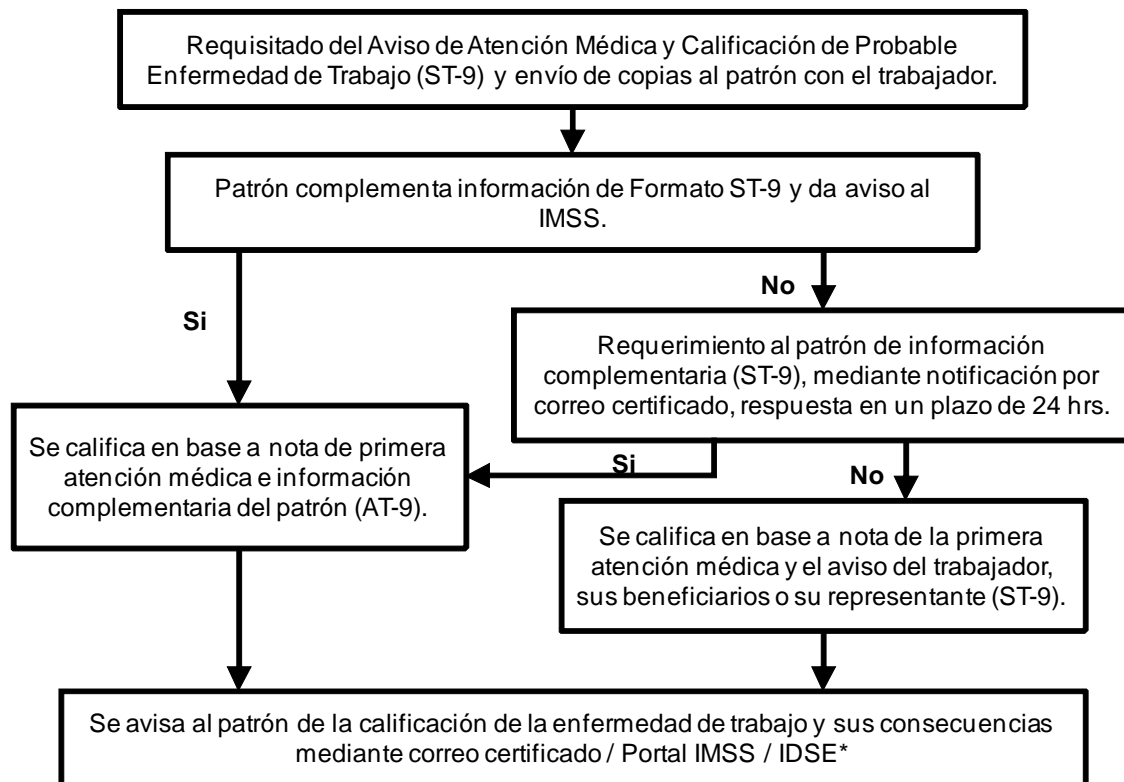
ESPECIALISTAS EN IMSS,
INFONAVIT, AFORES Y DERECHO LABORAL

Querétaro No. 226, Desps. 4-A y 4-B.
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc.
C.P. 06700, México, D.F.

Tels. 55-64-73-75
Fax: 55-64-22-62

3).- Procedimiento para la Calificación de las Enfermedades de Trabajo.-

De manera esquemática, el nuevo procedimiento para la calificación de las enfermedades de trabajo, es el siguiente:



*Si el patrón o el trabajador no está de acuerdo con la calificación podrá hacer uso del Recurso de Inconformidad (en 15 días).

4).- Recomendaciones Prácticas sobre el Nuevo Procedimiento.-

Para salvaguardar de la mejor manera posible los intereses de las empresas, cuando se están enfrentando a una posible calificativa de una enfermedad de trabajo, se sugiere procedan de la siguiente manera:



ESPECIALISTAS EN IMSS,
INFONAVIT, AFORES Y DERECHO LABORAL

Querétaro No. 226, Desps. 4-A y 4-B.
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc.
C.P. 06700, México, D.F.

Tels. 55-64-73-75
Fax: 55-64-22-62

a).- Llenar todos los recuadros contenidos en el reverso del Formato ST-9, identificados bajo el título de “Datos Complementarios para la Calificación de Probable Enfermedad de Trabajo (para ser llenado por la empresa)”. De ser necesario, se podrán utilizar hojas adicionales membretadas de la empresa, con el fin de ampliar la información, las que deberán llevar el sello de la empresa y firma autógrafa del patrón o su representante legal.

b).- El recuadro 17 “Fecha del Diagnóstico de la Enfermedad”, solo se debe requisitar con día, mes y año, siempre y cuando a la empresa le conste que el trabajador padece una enfermedad de trabajo. De lo contrario, hay que poner en dicho recuadro la leyenda de “No Aplica”.

c).- Hay que tener mucho cuidado sobre la forma en que se llena el recuadro 19 “Descripción Precisa de los Agentes Causales y el Tiempo de Exposición a los Mismos”, evitando la práctica común de llenar este recuadro con lo que “refiere el trabajador”, ya que este recuadro se debe realmente requisitar con la opinión de la empresa, mencionando en concreto cuáles son los agentes químicos, físicos, biológicos, etc., y el tiempo de exposición a los mismos que probablemente generaron la enfermedad de trabajo del trabajador. En caso de que la empresa considere que el trabajador no padece ninguna enfermedad de trabajo, así se debe hacer constar en este recuadro, precisando las razones concretas por las cuales la empresa considera que el trabajador no sufre ninguna enfermedad de trabajo.

d).- El recuadro 20 “Nombre y Cargo de la Persona de la Empresa que Tomó Conocimiento Inicial de la Enfermedad”, solo se debe requisitar si la empresa reconoce la existencia de una enfermedad de trabajo. En caso de que no se reconozca ninguna enfermedad de trabajo, en este recuadro hay que poner la leyenda “No existe ninguna enfermedad de trabajo”.

e).- El recuadro 21 “Fecha y Hora de Comunicación de la Enfermedad”, se debe requisitar únicamente si la empresa reconoce la existencia de la misma, ya que de lo contrario se debe poner la leyenda “No Aplica” donde dice: “Día/Mes/Año/Hora”.

f).- En el recuadro 22 “Aclaraciones y Observaciones (Información Complementaria que se Juzgue Pertinente para Ser Considerada por los Servicios de Salud en el Trabajo del IMSS)”, se debe incorporar la siguiente información y/o copia de documentación, en caso de que aplique:



ESPECIALISTAS EN IMSS,
INFONAVIT, AFORES Y DERECHO LABORAL

Querétaro No. 226, Desps. 4-A y 4-B.
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc.
C.P. 06700, México, D.F.

Tels. 55-64-73-75
Fax: 55-64-22-62

- Dictamen o Dictámenes emitidos por una Unidad de Verificación o Laboratorio de Pruebas a que se hacen referencia en las Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Seguridad (NOM's STPS), que tengan relación con el cumplimiento de las Normas relativas a los agentes químicos, físicos, biológicos, etc., que esté argumentando el trabajador y/o el IMSS que dieron origen a su enfermedad de trabajo.

- Exámenes médicos inicial, periódicos y/o final que la empresa tenga del trabajador que se queja de padecer la enfermedad de trabajo, cuando se demuestre con los mismos que el trabajador no padece la enfermedad de trabajo de que se queja.

- Cualquier otro documento, plano, croquis y/o información que tenga la empresa, del cual se desprenda el cumplimiento de la normatividad laboral en materia de seguridad e higiene industrial y/o que el trabajador no sufrió la enfermedad de trabajo que pretende.

Quedamos a sus órdenes para cualquier aclaración.

A t e n t a m e n t e .

**Sánchez, Arellano Abogados.
Diciembre del 2009.**

®Derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial.