



ISSSTE

**LINEAMIENTOS  
GENERALES PARA  
LA DICTAMINACIÓN  
EN MATERIA DE  
MEDICINA DEL  
TRABAJO DEL  
ISSSTE**

## **FICHA TÉCNICA JURISSSTE**

**Denominación:** Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo del ISSSTE.

**Elaboró:** Subdirección General de Prestaciones Económicas Sociales y Culturales.

**Autorización:** Lineamientos expedidos y autorizados por Acuerdo de la Dirección General del Instituto.

**Fecha de expedición:** 29 de agosto de 2006.

**Fecha de publicación en el D.O.F.:** 26 de septiembre de 2006

**Fecha de entrada en vigor:** 27 de septiembre de 2006.

**“Abrogado por el Acuerdo 24.1315.2008 de la Junta Directiva, por el que se aprueba el Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de diciembre de 2008”.**



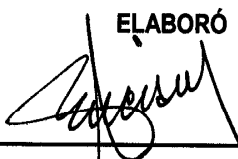
**ISSSTE**

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS,  
SOCIALES Y CULTURALES**

**LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA  
DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE  
MEDICINA DEL TRABAJO**

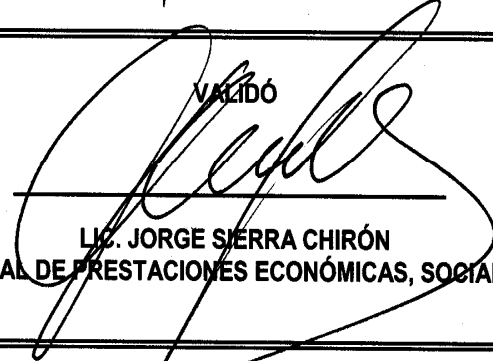
| FECHA DE AUTORIZACIÓN |     |     | NO. DE REGISTRO |
|-----------------------|-----|-----|-----------------|
| DÍA                   | MES | AÑO |                 |
|                       |     |     |                 |

**ELABORÓ**

  
 \_\_\_\_\_  
**LIC. JORGE OMAR ENCISO MARTÍNEZ**  
**SUBDIRECTOR DE PENSIONES**


---


**VALIDÓ**

  
 \_\_\_\_\_  
**LIC. JORGE SIERRA CHIRÓN**  
**SUBDIRECTOR GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES**

---

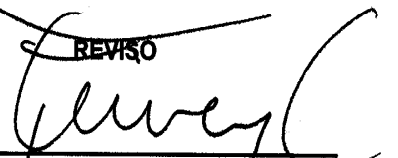
|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>DICTAMINACIÓN TÉCNICA</b> | <b>DICTAMINACIÓN JURÍDICA Y REGISTRO DEL MANUAL</b> |
|------------------------------|---|

  
 \_\_\_\_\_  
**LIC. GILBERTO RAMÍREZ CUADRA**  
**SUBDIRECTOR DE INNOVACIÓN Y CALIDAD**

  
 \_\_\_\_\_  
**LIC. SALVADOR G. ROCHA GONZÁLEZ**  
**SUBDIRECTOR DE LO CONSULTIVO**

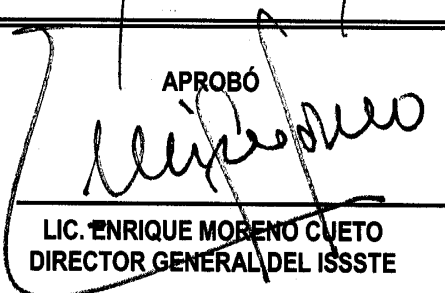
---

**REVISÓ**

  
 \_\_\_\_\_  
**DR. FERNANDO VIVEROS CASTAÑEDA**  
**SUBDIRECTOR GENERAL JURÍDICO**

---

**APROBÓ**

  
 \_\_\_\_\_  
**LIC. ENRIQUE MORENO CUETO**  
**DIRECTOR GENERAL DEL ISSSTE**



**ACUERDO DEL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, POR EL QUE SE EXPIDEN LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE MEDICINA DEL TRABAJO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**ENRIQUE MORENO CUETO**, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con fundamento en los artículos 163 fracción VI, de la Ley del ISSSTE y 21, fracción VII del Estatuto Orgánico del propio Instituto y,

**CONSIDERANDO**

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 establece como una de sus estrategias básicas, impulsar una mejora regulatoria interna en la Administración Pública Federal que facilite la actividad gubernamental y garantice la aplicación de controles indispensables. Así también, establecer programas de mejora continua en los procesos, organización y desempeño de las instituciones y de los servidores públicos, con objeto de hacer esfuerzos integrales y coordinados para la transparencia y el combate a la corrupción.

Que por Acuerdo del Director General de fecha 22 de abril de 2003, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de junio del mismo año, fue creado el Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI), como Órgano Colegiado Institucional que tiene por objeto actualizar el Marco Jurídico Administrativo que regula la operación y funcionamiento del Instituto.



Que por acuerdo del Director General del Instituto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de junio de 2003, se expidieron los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo en el ISSSTE.

Que a fin de evitar la discrecionalidad en la aplicación de las normas y procedimientos, y abatir las distorsiones e irregularidades que se suscitan en el proceso de dictaminación en materia de medicina del trabajo, se elaboraron los presentes lineamientos que tienen por objeto establecer de manera precisa los derechos y obligaciones de los derechohabientes; definir las responsabilidades de las áreas de prestaciones y médica, y precisar los tiempos, instancias, términos y condiciones en que deben substanciarse los procesos de dictaminación de los riesgos de trabajo e invalidez, lo que coadyuvará a que el otorgamiento de las prestaciones que en materia de medicina del trabajo otorga este Instituto de Seguridad Social, se realice de manera rápida, eficaz, oportuna y en beneficio de su población derechohabiente.

Que en atención a la recomendación formulada por la Secretaría de la Función Pública, a través de su Dirección General de Simplificación Regulatoria, este Instituto de Seguridad Social determinó implementar la nueva Herramienta de Simplificación Regulatoria denominada: “Lenguaje Ciudadano”, la cual tiene por objetivos: incrementar la confianza de los ciudadanos en el gobierno; fomentar la integración y participación de la ciudadanía; agilizar y estandarizar la comunicación gubernamental para incrementar su eficacia y eficiencia para transparentar la gestión pública, por ello, a través de la Mesas de Mejora Regulatoria se determinó revisar, analizar y reescribir los presentes Lineamientos en Lenguaje Ciudadano, con el propósito de que los derechohabientes del Instituto puedan tener de una forma clara, directa y sencilla información útil y suficiente para realizar los trámites en esta materia, con lo que se estima, se elevará la calidad de la comunicación institucional.



En virtud de lo anterior, la Subdirección General de Prestaciones Económicas Sociales y Culturales, a través de su Subdirección de Pensiones, presentó el proyecto de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, mismos que fueron revisados y dictaminados por la Subdirección de lo Consultivo dependiente de la Subdirección General Jurídica, así como por la Subdirección de Innovación y Calidad, adscrita a la Coordinación General de Transformación y Desarrollo Institucional, motivo por el cual he tenido a bien expedir el siguiente:

## **ACUERDO**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Se expiden los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Los Lineamientos indicados en el artículo anterior, formarán parte de la normatividad vigente y deberán incluirse en el “Prontuario Normativo Institucional” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y por lo tanto serán de observancia obligatoria.

**ARTÍCULO TERCERO.-** La Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, con la colaboración de la Coordinación General de Comunicación Social, deberán dar la publicidad necesaria a los Lineamientos que se expiden a través del presente Acuerdo, entre los servidores públicos de las unidades administrativas centrales y desconcentradas del Instituto, a fin de garantizar su debida aplicación y cumplimiento.



**ARTÍCULO CUARTO.-** La Subdirección de lo Consultivo, dependiente de la Subdirección General Jurídica, realizará los trámites correspondientes para que el contenido de dicho instrumento sea publicado electrónicamente, a más tardar, durante los diez días siguientes a la publicación en el Diario Oficial de la Federación del presente Acuerdo, en la dirección electrónica <http://www.issste.gob.mx>, en el Portal “Servicios Institucionales Vía Internet (ISSSTEnet)”, dentro de la Normateca Electrónica Institucional.

**ARTÍCULO QUINTO.-** Los Lineamientos de referencia serán objeto de un proceso continuo y permanente de actualización, por lo cual, toda propuesta de reforma, adición o derogación que se pretenda realizar a su contenido, deberán ser previamente analizadas por la Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, para que en caso de proceder, la valide y someta a la consideración de la Coordinación General de Transformación y Desarrollo Institucional y de la Subdirección General Jurídica, para su revisión, dictaminación y registro correspondiente.

## **TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Los Lineamientos a que se refiere este Acuerdo, entrarán en vigor al día siguiente de la publicación del presente en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** Los Lineamientos que se expiden estarán a disposición de los interesados para su consulta en la Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, en la Subdirección de lo Consultivo de la Subdirección General Jurídica y en medios magnéticos u ópticos en la Normateca Electrónica Institucional.



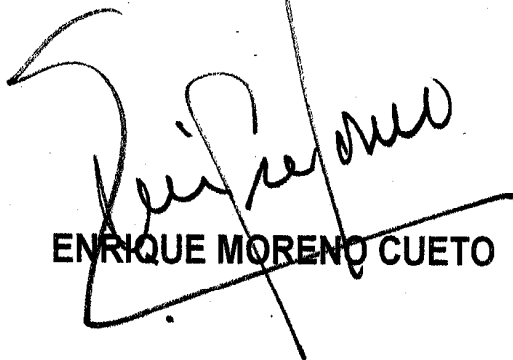
**TERCERO.-** Se abrogan los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo expedidos por acuerdo del Director General del ISSSTE, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2003.

Así como cualquier otra disposición del mismo nivel que se oponga a los Lineamientos que se expiden mediante este Acuerdo.

México, D. F., 29 de agosto de 2006



EL DIRECTOR GENERAL



ENRIQUE MORENO CUETO





## CÉDULA DE REGISTRO

SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA  
SUBDIRECCIÓN DE LO CONSULTIVO

No. de Registro: SGPESC/LIN/ 2 |Rev.1|  
Expediente F1964/06  
Fecha: 29 de agosto de 2006

Nombre del Instrumento: "Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo"

Unidad Administrativa: Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales

Comunico a esa Unidad Administrativa que el instrumento normativo antes señalado cumple con la normatividad en vigor, por lo que se dictaminó favorablemente y se le ha asignado el Registro Número: SGPESC/LIN/ 2 / Rev.1 /

La elaboración e integración de este documento se fundamenta en el Acuerdo del Director General del Instituto, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de junio de 2003, por el que se expiden los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo. Así como, a la disposición de la Secretaría de la Función Pública relativa a la emisión de un instrumento normativo conforme a las directrices de la nueva herramienta de Simplificación Regulatoria denominada "Lenguaje Ciudadano".

Asimismo, se informa que este instrumento normativo deberá ser actualizado permanentemente, por lo que todas sus modificaciones deberán ser enviadas oportunamente a esta Subdirección, para su dictaminación y registro correspondiente.

### DICTAMINÓ

EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y  
REGISTRO DE MANUALES

EL JEFE DE SERVICIOS DE CONVENIOS Y  
CONTRATOS

LIC. RAFAEL LIMÓN CORONA

LIC. ARNULFO HERRERA RAYA

### REVISÓ:

EL SUBDIRECTOR DE LO CONSULTIVO

LIC. SALVADOR G. ROCHA GONZÁLEZ

# LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE MEDICINA DEL TRABAJO

## INTRODUCCIÓN

En la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado tienen especial relevancia los riesgos de trabajo e invalidez, ya que a través de ellos se protege a aquellos trabajadores que sufren un deterioro en su estado de salud y, que los limita, de alguna forma, a continuar con su vida laboral.

De acuerdo a esa Ley, el trabajador que sufre un accidente o enfermedad, ya sea profesional o no, tiene la posibilidad de obtener una licencia con goce de sueldo íntegro y en caso de ser declarada una incapacidad parcial o total permanente o una invalidez, se le concede por autoridad del ISSSTE la pensión en los mismos términos, es decir parcial o total permanente.

Para otorgar ese beneficio o seguro de riesgos al trabajador, el ISSSTE mediante sus áreas médica, administrativa y jurídica valoran los casos de los trabajadores adscritos a las dependencias, entidades y organismos afiliados al ISSSTE.

Estos **LINEAMIENTOS** tienen como propósitos fundamentales: indicar, de manera precisa, los derechos y obligaciones de los derechohabientes; definir las responsabilidades de las áreas de prestaciones y médicas; y precisar los tiempos, responsables, términos y condiciones para dictaminar los riesgos de trabajo e invalidez, así como dar a conocer los recursos legales para presentar inconformidades.

Contienen cinco títulos:

Primero: Proceso de dictaminación por riesgos de trabajo.

Segundo: Proceso de dictaminación por invalidez.

Tercero: Notificaciones al trabajador, derivado de un proceso de dictaminación.

Cuarto: Licencias médicas.

Quinto: Inconformidad por riesgos de trabajo e invalidez.

En la elaboración de los lineamientos participan las Subdirecciones Generales de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, Médica, y Asuntos Jurídicos. El Órgano Interno de Control en el Instituto vigila su cumplimiento.

# **OBJETIVO**

Dictaminar<sup>1</sup> los riesgos del trabajo e invalidez de manera ágil, oportuna y ordenada de acuerdo al marco normativo vigente, en beneficio de los derechohabientes, del Instituto y de sus dependencias, entidades y organismos afiliados.

## ***MARCO JURÍDICO***

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**  
Promulgada el 05 de febrero de 1917

### **LEYES**

**LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.**

Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional  
Publicada en el D.O.F. el 28 de diciembre de 1963

**LEY FEDERAL DEL TRABAJO.**

Publicada en el D.O.F. el 01 de abril de 1970

**LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL.**

Publicada en el D.O.F. el 29 de diciembre de 1976

**LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Publicada en el D.O.F. el 2 de enero de 2006

**LEY FEDERAL DE LAS ENTIDADES PARAESTATALES.**

Publicada en el D.O.F. el 14 de mayo de 1986

**LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.**

Publicada en el D.O.F. el 04 de agosto de 1994

---

<sup>1</sup> Dictaminar- Significa que un médico en Medicina del Trabajo emite su opinión profesional, la cual constituye la base para que el Comité de Medicina del Trabajo autorice el pago de la pensión.

## **ACUERDOS**

**ACUERDO N° 11.1237.98 DEL 17 DE FEBRERO DE 1998 DE LA H. JUNTA DIRECTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, POR EL QUE SE AUTORIZA LA CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO.**

**Publicado en el D.O.F. el 17 de febrero de 1998**

## **REGLAMENTOS**

**REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**Publicado en el D.O.F. el 28 de junio de 1988**

**REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**Publicado en el D.O.F. el 14 de junio de 1994**

## **NORMAS**

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

**Publicada en el D.O.F. el 30 de septiembre de 1999**

## **ESTATUTOS**

**ESTATUTO ORGÁNICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**Publicado en el D.O.F. el 06 de junio de 1988**

## **TÍTULO PRIMERO “PROCESO DE DICTAMINACIÓN POR RIESGOS DE TRABAJO”**

Los riesgos de trabajo son los accidentes y/o enfermedades que sufre un trabajador durante o con motivo del trabajo o en trayecto directo del domicilio al trabajo o viceversa.

El trámite de riesgos de trabajo tiene dos etapas: 1ª. Calificación del riesgo de trabajo y 2ª. Valuación de secuelas.

1ª.- Calificación del riesgo de trabajo: Se realiza con la calificación técnica. La resolución<sup>2</sup> puede ser: “si de trabajo”, o “no de trabajo”; en cualquier caso, se registra en el formato RT-01.

Si el accidente o la enfermedad se califica como riesgo de trabajo (“si de trabajo”), se pasa a la segunda etapa:

2ª.- Valuación de secuelas<sup>3</sup>: La resolución puede ser:

- a) Ausencia de secuelas
- b) Incapacidad parcial permanente
- c) Incapacidad total permanente

La ausencia de secuelas se registra en el formato RT-09 o en la Hoja de Alta Médica; la incapacidad parcial permanente y la incapacidad total permanente se registran únicamente en el formato RT-09.

### **CAPÍTULO I. AVISO DEL RIESGO DE TRABAJO**

Las dependencias, entidades y organismos afiliados al ISSSTE inscritas al seguro de riesgos de trabajo, deben avisar a la Subdelegación de Prestaciones que corresponda, de los probables riesgos de trabajo que le ocurran a sus trabajadores, en el plazo de tres días hábiles, a partir de que tengan conocimiento, a través del formato RT-01 denominado “Solicitud de calificación de riesgo de trabajo”, que proporcionan las Subdelegaciones de Prestaciones citadas.

El trabajador tiene derecho de avisar al ISSSTE sobre el probable riesgo de trabajo y tiene la obligación de informar a su jefe o algún superior de la misma área, las causas por las que no asistió a trabajar.

---

<sup>2</sup> Resolución: Son los actos emitidos por la autoridad, mediante los cuales decide sobre las situaciones que se plantean.

<sup>3</sup> Secuelas: Son las lesiones físicas o mentales del trabajador que ocurren a consecuencia de un accidente de trabajo, de una enfermedad profesional o de una enfermedad general.

La Subdirección General de Prestaciones a través de las Subdelegaciones correspondientes tienen la obligación de resolver el trámite del riesgo de trabajo, en un término máximo de un año desde que se presentó la solicitud de calificación de riesgo de trabajo (RT-01).

## ***CAPÍTULO II. SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO***

1. El primer médico que atiende al trabajador en la unidad médica cuando éste sufre el probable riesgo, le entrega el formato RT-02, que es el Certificado Médico Inicial, que debe ser llenado dentro de los 3 días hábiles siguientes a la atención médica recibida, debido a que éste es uno de los documentos necesarios para comprobar el probable riesgo de trabajo.

2. El trabajador o su representante legal solicita la calificación del probable riesgo de trabajo en la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE que le corresponde según su domicilio particular y presenta los formatos RT-01 y RT-02 adecuadamente llenados en original y copia.

El trámite puede hacerse mediante representante legal, con la presentación de una carta poder firmada ante dos testigos. El trabajador debe acompañar fotocopia de las identificaciones oficiales (IFE, Pasaporte, credencial de la dependencia o entidad de adscripción) del trabajador, representante y los testigos que firman la carta poder y éstos deben presentarse en la Subdelegación de Prestaciones que corresponda conforme al domicilio particular del trabajador, a ratificar sus firmas.

3. Una vez que el trabajador o su representante entrega los formatos RT-01 y RT-02 en la Subdelegación de Prestaciones, el personal que recibe debe:

- Sellar original y copia,
- Poner la fecha, su nombre y firma para demostrar quién recibe los documentos y devolver la copia al trabajador para constancia,
- Entregar para firma del trabajador, la lista de requisitos (formato RT-03) que debe presentar en el plazo máximo de 10 días hábiles, a partir de esta fecha, para presentar lo solicitado en el mismo. El trabajador que no presente la documentación requerida en el plazo antes señalado, será requerido por la Subdelegación de Prestaciones; la falta de respuesta implicará que el médico del Trabajo de la Subdelegación, califique con los documentos disponibles.

Para el caso de probables accidentes de trabajo, existen 3 tipos de formato RT-03:

- RT-03 A (para accidentes ocurridos en el centro de trabajo)
- RT-03 B (para accidentes ocurridos en el trayecto)
- RT-03 C (para accidentes ocurridos en comisión)

Para el caso de probables enfermedades profesionales, el médico del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE solicita a su juicio, los documentos pertinentes.

### ***CAPÍTULO III. CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO.***

El médico de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones, califica en 20 días hábiles a partir de la recepción de documentos, si el accidente o enfermedad se considera o no como riesgo de trabajo, y en el reverso del formato RT-01 debe:

- Emitir su resolución,
- Exponer los motivos de la resolución,
- Anotar nombre y firma,
- Sellar y anotar fecha.

Con el propósito de emitir la resolución, analiza la siguiente información:

- Las de fechas de los documentos presentados,
- La hora reportada en que ocurrieron los hechos con el contenido de los documentos presentados,
- La información proporcionada por el trabajador, los testigos presenciales y las autoridades que intervinieron,
- Descripción de las actividades del trabajador,
- Relación entre el accidente o enfermedad y la actividad laboral del trabajador,
- En caso de enfermedad, toma en cuenta la exploración física y los resultados de estudios de laboratorio y gabinete.

### ***CAPÍTULO IV. IMPROCEDENCIA DEL RIESGO DE TRABAJO (NO DE TRABAJO)***

Cuando el médico de Medicina del Trabajo emite una calificación de “no de trabajo”, la Subdelegación de Prestaciones envía el original del formato RT-01 al área de Medicina del Trabajo para integrar el expediente. También notifica por escrito y envía copia del RT-01 en el plazo de diez días hábiles:

- Al interesado para que en el caso de que no esté de acuerdo, presente el recurso de inconformidad (ir al capítulo de recurso de inconformidad),

- A la Subdelegación Médica para el control y registro de licencias médicas,
- A las Unidades médicas responsables de expedir licencias médicas para su integración en el expediente clínico y para que las licencias que se expidan en adelante, sean por concepto de enfermedad general y **NO** por ese supuesto riesgo de trabajo, sin que esto implique cambio de diagnóstico,
- A la dependencia, entidad o afiliada, en que labora el derechohabiente para que en caso de que el trabajador presente en lo sucesivo más licencias médicas, éstas sean contabilizadas como enfermedad general, es decir, no derivada de ese riesgo de trabajo y por lo tanto pagar su sueldo de acuerdo con los artículos **23 de la Ley del ISSSTE y 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.**

La opinión de la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo o en su caso, el Comité de Medicina del Trabajo, podrán cambiar o confirmar la calificación de un riesgo del trabajo con base en las causas clínicas, administrativas y jurídicas del caso.

#### ***CAPÍTULO V. PROCEDENCIA DEL RIESGO DE TRABAJO (SI DE TRABAJO)***

Cuando el médico de Medicina del Trabajo emite una calificación de “si de trabajo”, la Subdelegación de Prestaciones envía el original del formato RT-01 al área de Medicina del Trabajo para integrar el expediente. También notifica por escrito y envía copia del RT-01 en el plazo de diez días hábiles:

- Al interesado para que se le realicen las valoraciones médicas que muestre su estado de salud,
- A la Subdelegación Médica para el control y registro de licencias médicas,
- A las Unidades médicas responsables de expedir licencias médicas para su integración en el expediente clínico,
- A la dependencia, entidad o afiliada, en que labora el derechohabiente para que en caso de que el trabajador presente en lo sucesivo más licencias médicas, éstas sean contabilizadas como derivadas del riesgo de trabajo de acuerdo con el artículo **40 de la Ley del ISSSTE.**

Si el trabajador labora en dos o más dependencias, entidades o afiliadas incorporadas al régimen del ISSSTE, la Subdelegación de Prestaciones, determinará en que afiliada se reconoce el riesgo de trabajo, para que las no involucradas, contemplen las licencias médicas en términos del artículo 23, fracción II de la Ley del ISSSTE, en relación al 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.



La Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo o, en su caso, el Comité de Medicina del Trabajo, podrán cambiar o confirmar la calificación de un riesgo de trabajo con base en las causas clínicas, administrativas y jurídicas del caso.

## ***CAPÍTULO VI. VALORACIONES TRIMESTRALES***

En caso de que el accidente o enfermedad sea calificado como “si de trabajo”, se pasa a la segunda etapa denominada “Valuación de secuelas”.

Para que el médico de Medicina del Trabajo pueda valorar las secuelas y registrar la resolución en la parte de atrás del formato RT-09 (o en la Hoja de Alta Médica cuando se trate de ausencia de secuelas), es necesario contar con el diagnóstico del médico tratante.

El diagnóstico del médico tratante se obtiene de las valoraciones que se hagan al trabajador, y de los estudios que se le practiquen, y se anota en la parte de enfrente del formato RT-09.

El médico tratante debe practicar la primera valoración, dentro de un plazo no mayor a noventa días contados a partir de la expedición de la primera licencia médica que motiva el posible riesgo de trabajo.

El médico tratante realiza las valoraciones médicas necesarias, para que en un plazo no mayor a nueve meses, emita el diagnóstico del caso a través del Certificado Médico RT-09, salvo que existan causas justificadas, mismas que deberán quedar asentadas en el expediente.

## ***CAPÍTULO VII. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE***

Para valorar secuelas, el médico tratante practicará al trabajador estudios de laboratorio y/o gabinete.

Cuando le practiquen los estudios el trabajador, deberá presentar identificación oficial (IFE, Pasaporte, credencial de la dependencia o entidad de adscripción) y la orden médica ante el responsable del servicio, quien verifica y anota los datos de identificación conforme lo establezca la normatividad aplicable.

Los estudios deben llevar los datos de identificación del trabajador: nombre, R.F.C. y fecha del estudio.

Los resultados de los estudios realizados al trabajador por laboratorios ajenos al ISSSTE, serán validados con los estudios institucionales que se practiquen. De no contar con los medios para efectuar los estudios,

éstos podrán ser validados por el médico especialista y aprobados por la Subdirección Médica de la Unidad.

La unidad médica hospitalaria debe dar prioridad a la realización de estudios para “valuar secuelas”, para que a más tardar en 9 meses, salvo causa justificada asentada en el expediente, el médico tratante emita el diagnóstico en el Certificado Médico RT-09 y lo envíe a la Subdelegación de Prestaciones con copia del expediente clínico, estudios de laboratorio (vigentes por 6 meses) y gabinete (vigentes por 6 meses a un año) para su resolución.

### ***CAPÍTULO VIII. VALUACIÓN DE SECUELAS***

Una vez que el médico de Medicina del Trabajo recibe el formato RT-09, copia del expediente clínico y los estudios de laboratorio y gabinete, verifica que éstos últimos correspondan al trabajador, de lo contrario requiere a la Unidad Médica el envío de los correspondientes.

Si el riesgo de trabajo dejó secuelas que disminuyan la funcionalidad del trabajador, el médico del Trabajo debe de entrevistar al trabajador y hacerle una exploración física, y poner en el formato RT-09 el porcentaje correspondiente de pensión observando la “tabla de valuación de incapacidades permanentes” conforme al artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo, dentro de los sesenta días naturales siguientes a la recepción de los documentos.

En caso de que el riesgo de trabajo no haya generado secuelas valuables, el médico del Trabajo dentro de los sesenta días naturales siguientes a la recepción de los documentos, lo anota en la Hoja de Alta médica o en el formato RT-09.

Es decir, la resolución puede ser en tres sentidos:

- Ausencia de secuelas valuables
- Incapacidad parcial
- Incapacidad total permanente

Si por falta de elementos el médico de Medicina del Trabajo no puede valuar secuelas, solicita con carácter de urgente los estudios complementarios, considerando el plazo de un año máximo para dictaminar.

### ***CAPÍTULO IX. AUSENCIA DE SECUELAS VALUABLES***

Sí el accidente o enfermedad calificado como riesgo de trabajo no dejó lesiones o daño permanente al trabajador, o bien si éstas no guardan relación causal con el riesgo de trabajo, el médico tratante llena la parte de atrás del formato RT-09 o la Hoja de Alta Médica.

El contenido del formato RT-09 o de la Hoja de Alta Médica se notifica en un plazo máximo de diez días hábiles:

- Al trabajador para los efectos a que haya lugar,
- A la Subdelegación Médica para el control y registro de licencias médicas,
- A las Unidades médicas responsables de expedir licencias médicas para integración del expediente y para que las licencias que se expidan en adelante, sean por concepto de enfermedad general y **NO** por ese riesgo de trabajo, sin que eso implique cambio de diagnóstico,
- A la dependencia, entidad o afiliada, en que labora el derechohabiente para que en caso de que el trabajador presente en lo sucesivo más licencias médicas, éstas sean contabilizadas como enfermedad general, es decir, no derivada de ese riesgo de trabajo y por lo tanto pagar su sueldo de acuerdo con los artículos **23 fracción II de la Ley del ISSSTE y 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.**

Junto con la notificación se envía la copia respectiva del formato RT-09 o de la Hoja de Alta Médica.

### ***CAPÍTULO X. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE***

El médico de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones resuelve los casos de incapacidad parcial permanente conforme a la tabla de valuación del artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo. La incapacidad parcial permanente da origen al pago de una pensión.

El expediente clínico - administrativo en el que se basa el médico de Medicina del Trabajo para resolver la incapacidad parcial permanente, debe:

- Estar foliado,
- Contener la relación de documentos que lo integran,
- Contener los estudios clínicos de laboratorio y gabinete debidamente identificados, rotulados y vigentes,
- Incluir los documentos principales que lo forman, los formatos RT-01, RT-02, RT-03 A, B o C, y los documentos que se solicitaron en el RT-03, que el trabajador presentó.

La Subdelegación de Prestaciones, dentro del plazo de diez días hábiles, contados a partir de la fecha de la dictaminación de la incapacidad parcial, notificará la resolución:

- Al trabajador para que continúe con el trámite de asignación de pensión,

- A la Subdelegación Médica para el control y registro de licencias médicas,
- A las Unidades médicas responsables de expedir licencias médicas para integración del expediente y para que las licencias que se expidan en adelante, sean por concepto de enfermedad general y **NO** por ese riesgo de trabajo, ya que existe un beneficio pensionario derivado del riesgo de trabajo, sin que eso implique cambio de diagnóstico,
- A la dependencia, entidad o afiliada en que labora el derechohabiente para que en caso de que el trabajador presente en lo sucesivo más licencias médicas, éstas sean consideradas como enfermedad general, es decir no derivada de ese riesgo de trabajo y por lo tanto pagar su sueldo de acuerdo con los artículos **23 fracción II de la Ley del ISSSTE y 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.**

Junto con la notificación se envía la copia respectiva del formato RT-09.

En el oficio de notificación se debe informar al pensionista, que el pago de las pensiones que no se reclamen dentro de los cinco años siguientes prescriben a favor del ISSSTE.

### ***CAPÍTULO XI. CAMBIO DE ACTIVIDAD***

El médico de Medicina del Trabajo podrá sugerir en el formato RT-09 un cambio de actividad si existe un grado de disminución órgano-funcional del trabajador para el ejercicio de las actividades que venía desempeñando antes de ocurrir el riesgo de trabajo, independientemente de quedar habilitado para otras que sean distintas de conformidad con el artículo 499 de la Ley Federal del Trabajo.

### ***CAPÍTULO XII. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE***

El Comité de Medicina del Trabajo<sup>4</sup> es el único órgano facultado para resolver los casos de incapacidad total permanente, a partir del diagnóstico del médico tratante y del proyecto de dictamen del médico de Medicina del Trabajo delegacional. Los diagnósticos y la resolución del Comité deben quedar registrados en el formato RT-09.

La resolución se hace conforme a la tabla de valuación del artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo y se aprueba cuando se alcanza un 100% en el grado de incapacidad, lo que origina el pago de una pensión.

---

<sup>4</sup> El Comité de Medicina del Trabajo aprueba o niega dictámenes de incapacidad total permanente o de invalidez, que emiten las Delegaciones. Se integra por un presidente (Subdirección General de Prestaciones Económicas), presidente suplente (Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene), secretario ejecutivo (quien depende de la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene), 8 vocales, asesores (OIC y Jurídico) e invitados (corresponden a la especialidad de que se trate).

El Comité resuelve a partir del expediente clínico - administrativo que debe cubrir los siguientes requisitos:

- Estar integrado en estricto orden cronológico,
- Estar foliado con números arábigos colocados en el margen superior derecho de cada hoja y ordenado con las actuaciones más recientes al frente y las más antiguas al final.
- Contener:
  - Constancia de envío del expediente y formato RT-09 de la Unidad Médica a la Subdelegación de Prestaciones,
  - Los estudios clínicos de laboratorio y gabinete soportes de la enfermedad, debidamente identificados, rotulados y vigentes,
  - Foto clínica,
  - Nota clínica del médico de Medicina del Trabajo, con las apreciaciones derivadas de la exploración física,
  - Documentos administrativos que sustenten la calificación del riesgo de trabajo, por ejemplo, los formatos RT-01, RT-02, RT-03 A, B o C, acta administrativa, etc.,
  - Certificado Médico RT-09 con los cinco tantos que lo componen.

El oficio por el que se envía el expediente al Comité de Medicina del Trabajo, debe señalar el número de hojas que contiene.

Si el Comité de Medicina del Trabajo decide aprobar el estado de incapacidad total permanente del trabajador, la Subdelegación de Prestaciones notifica en diez días hábiles contados a partir de la fecha que tenga conocimiento:

- Al trabajador, para que inicie el trámite de baja laboral,
- A Medicina del Trabajo para la integración del expediente,
- A la Subdelegación Médica, para que dé por concluido el proceso de dictaminación,
- A la Unidad Médica responsable de emitir licencias médicas, para que ya no se expidan, debido a que la atención médica que se brinde en adelante, será en calidad de pensionista.
- A la dependencia, entidad o afiliada en que labora el derechohabiente, para que expida la Hoja Única de Servicios correspondiente, indicando el concepto de incapacidad total permanente como causa de la baja del trabajador.

Junto con la notificación, se envía la copia respectiva del formato RT-09

El oficio de notificación debe informar al pensionista que el pago de las pensiones que no se reclamen dentro de los cinco años siguientes, prescriben a favor del ISSSTE.

Si el Comité de Medicina del Trabajo niega el estado de incapacidad total permanente del trabajador, la Subdelegación de Prestaciones notifica en diez días hábiles contados a partir de la fecha que tenga conocimiento:

- Al trabajador, para los efectos a que haya lugar,
- A Medicina del Trabajo, para integrar el expediente administrativo,
- A la Subdelegación Médica para el control de las licencias médicas,
- A la Unidad Médica responsable de emitir licencias médicas para la integración del expediente y para que las licencias que se expidan en adelante, sean por concepto de enfermedad general y **NO** por ese riesgo de trabajo, sin que eso implique cambio de diagnóstico,
- A la dependencia, entidad o afiliada, en que labora el derechohabiente para que en caso de que el trabajador presente en lo sucesivo más licencias médicas, éstas sean consideradas como enfermedad general, es decir no derivada de ese riesgo de trabajo y por lo tanto pagar su sueldo de acuerdo con los artículos **23 fracción II de la Ley del ISSSTE y 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.**

Junto con la notificación se envía la copia respectiva del formato RT-09.

### ***CAPÍTULO XIII. REVALORACIONES***

El trabajador que goza de una pensión por riesgo de trabajo tiene derecho a solicitar una revaloración de su estado de salud; el ISSSTE también puede solicitar la revaloración del pensionista. La revaloración puede aumentar, disminuir o ratificar el monto de la pensión.

La revaloración podrá solicitarse cada seis meses en los primeros dos años, después de ese tiempo, podrá hacerse una vez al año.

Sólo en los casos en que el médico tratante considere un cambio importante en las condiciones de la incapacidad parcial (recaída), realizará en un plazo no mayor a noventa días la revaloración médica. En este caso, las licencias médicas que puedan ser expedidas por concepto de riesgo de trabajo serán bajo su responsabilidad, y no excederán de noventa días consecutivos o acumulados; el resto, en su caso, deberán ser expedidas por enfermedad general.

El incapacitado estará obligado en todo tiempo a someterse a los reconocimientos, tratamientos y estudios médicos que determine el ISSSTE.

La revaloración de secuelas se hace en el formato RT-09 con base en los estudios clínicos y/o de gabinete que lleve a cabo el médico tratante.

Con base en el diagnóstico del médico tratante, contenido en el formato RT-09 y los estudios practicados al trabajador, el médico del Trabajo delegacional dictamina en 15 días hábiles a partir de que recibe el expediente, previa exploración física intencionada al trabajador.

El Subdelegado de Prestaciones notifica en el plazo de 10 días hábiles el resultado de las revaloraciones al interesado, a la Subdelegación Médica, a la dependencia, entidad o afiliada al ISSSTE y a las Unidades Médicas donde se expidieron licencias médicas.

## **TÍTULO SEGUNDO “PROCESO DE DICTAMINACIÓN POR INVALIDEZ”**

La invalidez es el estado físico del trabajador que implica la pérdida definitiva de la capacidad para trabajar, debido a una disminución en la salud ocasionada por una enfermedad general o accidente no profesional.

### ***CAPÍTULO I. AVISO DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD GENERAL***

El trabajador tiene que avisar de inmediato a su jefe, sobre las causas justificadas que le impiden acudir a trabajar. Por su parte, la dependencia, entidad o afiliada al ISSSTE debe informar, mediante oficio, a la Subdelegación de Prestaciones correspondiente, sobre la enfermedad general del trabajador.

### ***CAPÍTULO II. DICTAMINACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ***

La Subdirección General de Prestaciones Sociales y Culturales tiene 52 semanas para decidir si el trabajador está en condiciones de laborar. El plazo inicia con la fecha de la solicitud del trabajador o de su representante legal.

Para que el Comité de Medicina del Trabajo pueda dictaminar el estado de invalidez y registrar la resolución en el formato RT-09, es necesario que cuente con el diagnóstico del médico tratante.

El médico tratante debe practicar, dentro de un plazo no mayor a noventa días contados a partir de la expedición de la licencia médica inicial, la primera valoración.

El médico tratante debe realizar las valoraciones médicas necesarias y en un plazo no mayor a nueve meses, emitir el diagnóstico del caso, a través del Certificado Médico RT-09, salvo causa justificada que se asiente en el expediente.

La expedición de licencias médicas por enfermedades no profesionales no inicia un procedimiento de invalidez.

Una vez que el médico tratante anota el diagnóstico en la parte de enfrente del formato RT-09, lo envía a la Subdelegación de Prestaciones con el soporte clínico correspondiente, para que el médico de Medicina del Trabajo emita el proyecto de dictamen en el formato RT-09 dentro de los quince días hábiles siguientes a la recepción de los documentos, previa entrevista y exploración física al trabajador.

Después, la Subdelegación de Prestaciones envía al Comité de Medicina del Trabajo el expediente clínico administrativo que debe:

- Estar integrado en estricto orden cronológico,
- Estar foliado con números arábigos colocados al margen superior derecho de cada hoja y ordenado con las actuaciones más recientes al frente y las más antiguas al final,
- Contener:
  - Constancia de envío del expediente y formato RT-09 de la Unidad Médica tratante, a la Subdelegación de Prestaciones,
  - Los estudios clínicos de laboratorio y gabinete soportes de la enfermedad debidamente identificados, rotulados y vigentes,
  - Foto clínica,
  - Nota clínica del médico de Medicina del Trabajo, con las apreciaciones derivadas de la exploración física,
  - Documentos clínicos que comprueben la enfermedad del trabajador,
  - Certificado Médico RT-09 con los cinco tantos que lo componen.

El oficio por el que se remite el expediente al Comité de Medicina del Trabajo, debe señalar de cuantas hojas se integra el mismo.

Si el Comité de Medicina del Trabajo decide aprobar el estado de invalidez del trabajador, la Subdelegación de Prestaciones debe notificar mediante oficio y anexando copias respectivas del formato RT-09, en diez días hábiles contados a partir de la fecha que tenga conocimiento:

- Al trabajador, para que inicie el trámite de baja laboral,
- A Medicina del Trabajo para integrar el expediente administrativo,
- A la Subdelegación Médica para que se dé por concluido el proceso de dictaminación,
- A la Unidad Médica responsable de emitir licencias médicas, para que no se expidan licencias médicas, ya que la atención médica que se brinde en adelante, será en calidad de pensionista,



- A la dependencia, entidad o afiliada en que labora el derechohabiente, para que expida la Hoja Única de Servicios correspondiente, considerando el concepto de invalidez como causa de la baja del trabajador.

El oficio de notificación debe informar al pensionista que el pago de las pensiones que no se reclamen dentro de los cinco años siguientes, prescriben a favor del ISSSTE.

Cuando el Comité de Medicina del Trabajo resuelve negar el estado de invalidez, la Subdelegación de Prestaciones notifica en diez días hábiles contados a partir de la fecha que tenga conocimiento:

- Al interesado para que en, su caso, promueva el recurso de inconformidad (ir al capítulo de recurso de inconformidad),
- A Medicina del Trabajo para integrar el expediente administrativo,
- A la Subdelegación Médica para el control de las licencias médicas,
- A la Unidad Médica responsable de emitir licencias médicas para su control, registro e integración en el expediente,
- A la dependencia, entidad o afiliada en que labora el derechohabiente para los efectos legales que correspondan.

Junto con la notificación se envía la copia respectiva del formato RT-09.

Transcurridos seis meses a partir de la fecha de la resolución del Comité de Medicina del Trabajo, el trabajador podrá iniciar nuevamente un trámite de invalidez, con una nueva valoración médica, otro Certificado Médico RT-09 y nuevos apoyos de laboratorio y gabinete que sustenten el estado de salud actual del trabajador.

### **TÍTULO TERCERO “NOTIFICACIONES AL TRABAJADOR”.**

Las notificaciones deben considerar lo siguiente:

- Se hace en forma personal o por correo certificado al trabajador o, en su caso, al representante legal o familiares del derechohabiente.
- Debe fundamentar y motivar las causas que dieron origen a la resolución.
- La notificación de negativa de invalidez o improcedencia de la calificación del riesgo del trabajo, debe informar al trabajador su derecho a presentar un escrito de inconformidad al Subdelegado de Prestaciones dentro del plazo de treinta días hábiles, contados a partir de la misma notificación.

## **TÍTULO CUARTO “LICENCIAS MÉDICAS”**

Licencia Médica es el documento médico legal de carácter público que expiden los médicos tratantes en las Unidades Médicas, en los formatos oficiales a favor del trabajador, en el cual se certifica su estado de incapacidad por enfermedad, maternidad o riesgo de trabajo durante un tiempo determinado, con el objeto de prevenir, proteger, restaurar y/o rehabilitar la pérdida o disminución de sus facultades físicas o mentales.

Las licencias médicas deben expedirse para amparar la incapacidad del trabajador para laborar. En ningún caso, deben expedirse para cubrir la tardanza del dictamen del riesgo de trabajo o de invalidez.

La expedición de la licencia médica es responsabilidad exclusiva del médico tratante, y su otorgamiento debe apegarse a lo dispuesto en el “Manual de Procedimientos para la Expedición y Control de Licencias Médicas”.

## **TÍTULO QUINTO “PROCESO DE INCONFORMIDAD POR RIESGOS DE TRABAJO E INVALIDEZ “**

El recurso de inconformidad que se inicia por el trabajador o su representante legal, es el medio para señalar y demostrar documentalmente la presunta improcedencia de un dictamen.

Se presenta en la Subdelegación de Prestaciones y tiene dos modalidades.

### **CAPÍTULO I. MODALIDADES**

**1.- Recurso de inconformidad por riesgo de trabajo:** se presenta contra el dictamen de improcedencia del riesgo de trabajo, es decir, cuando el accidente o enfermedad se calificó como “no de trabajo”.

No hay recurso alguno para las resoluciones siguientes:

- Ausencia de Secuelas Valuables: Cuando el dictamen señala la inexistencia de secuelas del riesgo ocurrido al trabajador.
- Valuación de Secuelas: Cuando se determina el grado de incapacidad que ocasionó el riesgo de trabajo.
- Revaloración de Secuelas: Cuando se dictamina un aumento, disminución o confirmación de secuelas producto del riesgo.
- Determinación del Comité de Medicina del Trabajo en negar el beneficio pensionario por incapacidad total permanente.

**2.- Recurso de inconformidad por invalidez:** se presenta contra la resolución del Comité de Medicina del Trabajo quien negó el estado de invalidez.

## ***CAPÍTULO II. PROCEDENCIA DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD***

Para que el recurso de inconformidad sea procedente se deben seguir los siguientes pasos:

- El inconforme debe presentar ante el Subdelegado de Prestaciones el recurso dentro de los treinta días hábiles siguientes a que se le notifica la calificación de “no de trabajo” o la negativa de invalidez; en el escrito puede anexar un dictamen médico particular o bien, nombrar al médico perito particular que conocerá de su asunto. A partir de la fecha de este nombramiento, tiene 30 días hábiles para presentar el dictamen particular y de no hacerlo, el ISSSTE desechará el recurso presentado.
- El dictamen del perito particular, debe contravenir con claridad y precisión la resolución del ISSSTE.
- Cuando la inconformidad sea sobre la calificación del probable riesgo de trabajo, el perito particular debe ser especialista en Medicina del Trabajo o estar certificado por el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina del Trabajo.
- En los casos de invalidez, el perito particular debe ser médico especialista en la enfermedad de controversia (neurólogo, cardiólogo, ortopedista, nefrólogo, etc.).

## ***CAPÍTULO III. DESIGNACIÓN DEL MÉDICO PERITO TERCERO***

Una vez realizados los pasos anteriores, la Subdelegación de Prestaciones envía al Comité de Medicina del Trabajo el expediente clínico-administrativo para que, en su caso, designe la terna de médicos del ISSSTE por una sola vez, cuando cuente con:

- El escrito de inconformidad,
- El dictamen del perito particular,
- La notificación de la calificación de “no de trabajo” o la negativa de invalidez hecha al interesado,
- En su caso el formato RT-01 (cuando se trate de calificación del riesgo del trabajo).

El Comité de Medicina del Trabajo designará la terna de médicos o resolverá directamente el recurso de inconformidad, y lo notifica a la Subdelegación de Prestaciones.

Cuando la Subdelegación de Prestaciones reciba el comunicado por el que se designa la terna de médicos, notifica en diez días hábiles a:

- El inconforme para que dentro de los quince días hábiles contados a partir de la notificación, elija a uno de los médicos propuestos y lo comunique por escrito a la Subdelegación de Prestaciones. En caso contrario, la designación del perito la realizará el ISSSTE.

#### ***CAPÍTULO IV. DICTAMEN DEL MÉDICO PERITO TERCERO***

Elegido el perito tercero, la Subdelegación de Prestaciones, dentro del plazo de diez días hábiles, envía el expediente íntegro del inconforme al médico tercero, además del Formato de Dictamen que deberá llenar (C.M.T. 01 para los casos de calificación de riesgo de trabajo o el C.M.T. 02 cuando la inconformidad sea sobre la negativa de invalidez).

Para casos de invalidez, el dictamen del médico especialista debe contar con el visto bueno del Jefe de Servicios del Hospital.

El médico perito tercero tiene 15 días hábiles a partir de que recibe el expediente, para resolver sobre la inconformidad.

Una vez resuelta la inconformidad, la Unidad Médica de adscripción del médico perito tercero en diez días hábiles:

- Envía a la Subdelegación de Prestaciones que corresponda, la resolución de la inconformidad, junto con el expediente clínico – administrativo,
- Envía copia de la resolución a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo, para el registro de los resultados.

El recurso de inconformidad procede por una sola ocasión, por lo que se dejan a salvo los derechos del inconforme para los efectos que considere.

Los gastos de viáticos u otro concepto para continuar o tramitar el recurso de inconformidad los debe cubrir el inconforme.

## **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**ACCIDENTE DE TRABAJO:** Es el hecho inesperado ocurrido a un trabajador en ejercicio o con motivo de su actividad laboral.

**ACTA ADMINISTRATIVA DE ACCIDENTE DE TRABAJO:** Documento oficial por el cual la dependencia o entidad deja constancia del accidente de trabajo o enfermedades profesionales.

**AUSENCIA DE SECUELAS:** Inexistencia de lesiones físicas o mentales del trabajador a consecuencia del riesgo de trabajo, o bien; que éstas no guardan relación causal con el accidente o enfermedad profesional.

**CALIFICACIÓN TÉCNICA:** Resultado del análisis de la relación causal entre el riesgo de trabajo o enfermedad profesional y la actividad laboral del trabajador, que determina si existe o no un riesgo de trabajo.

**CAMBIO DE ACTIVIDAD:** Es la modificación de la labor realizada cotidianamente por el trabajador, el cual podrá ser temporal cuando éste haya recuperado su capacidad para el servicio que originalmente desempeñaba. El médico de Medicina del Trabajo es el responsable de sugerir el cambio de actividad en el reverso del formato RT-09. Esta sugerencia está sujeta a las obligaciones y derechos entre el trabajador y la dependencia, entidad o afiliada de adscripción.

**CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02):** Es el documento oficial del ISSSTE, que hace el primer médico que atiende al trabajador en la unidad médica cuando éste sufre el probable riesgo de trabajo.

**CERTIFICADO MÉDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO O DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO (RT-09):** Es el documento oficial del ISSSTE, por medio del cual se hace constar la aptitud física y/o mental de un trabajador para continuar o no prestando sus servicios con efectos legales y administrativos.

**CONSTANCIA DE PERCEPCIONES:** Documento en el que se asienta por parte de la dependencia, entidad o afiliada, el monto total de las percepciones del trabajador.

**DEPENDENCIA, ENTIDAD O AFILIADA:** Es el centro de trabajo donde presta sus servicios el trabajador.

**DIAGNÓSTICO:** Conclusión del médico tratante respecto a la sintomatología del derechohabiente.

**ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Es la alteración en la salud del trabajador provocada por la exposición a agentes contaminantes en su centro de trabajo.

**ESTUDIOS DE GABINETE:** Complemento diagnóstico del expediente médico, integrado por los análisis realizados al derechohabiente (por ejemplo: estudios radiológicos, ecocardiogramas, electroencefalogramas, tomografía axial computarizada, ultra sonografía, resonancias magnéticas, etc.).

**ESTUDIOS DE LABORATORIO:** Complemento diagnóstico del expediente médico, integrado por los análisis químicos realizados al derechohabiente (por ejemplo: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, biopsias, etc.).

**EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO:** Registro cronológico formado con los documentos que sustentan los trámites del trabajador ante el ISSSTE.

**EXPEDIENTE MÉDICO:** Registro clínico cronológico de un paciente, elaborado en las diferentes unidades Médicas del ISSSTE.

**FORMATO DE REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO EN EL CENTRO DE TRABAJO (RT-03 - A):** Es el documento oficial del ISSSTE, en el que se indican formalmente a un trabajador o a su representante legal, los elementos que debe aportar al área de Medicina del Trabajo para el análisis de su presunto riesgo de trabajo en el centro de trabajo.

**FORMATO DE REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO EN TRAYECTO (RT-03 - B):** Es el documento oficial del ISSSTE, en el que se indican formalmente a un trabajador o a su representante legal, los elementos que debe aportar al área de Medicina del Trabajo para el análisis de su presunto riesgo de trabajo en trayecto directo de su domicilio al centro de trabajo y viceversa.

**FORMATO DE REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO EN COMISIÓN (RT-03 - C):** Es el documento oficial del ISSSTE, en el que se indica formalmente a un trabajador o a su representante legal, los elementos que debe aportar al área de Medicina del Trabajo para el análisis de su presunto riesgo en comisión.

**FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01):** Es el documento oficial del ISSSTE, por medio del cual se inicia formalmente el trámite para el reconocimiento de un probable Riesgo de Trabajo.

**HOJA ÚNICA DE SERVICIOS:** Documento expedido por la dependencia, entidad o afiliada en el que se hace constar la antigüedad del trabajador, ingresos, baja laboral y otros conceptos.

**INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE:** Es la pérdida de la función orgánica o corporal que sufre una persona en forma permanente a partir de la resolución del ISSSTE.

**INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE:** Es la pérdida de las facultades o aptitudes de una persona para desempeñar cualquier trabajo durante el resto de su vida a partir de la resolución del ISSSTE.

**INVALIDEZ:** Es el estado físico o mental del trabajador por causa ajena al desempeño de su cargo o empleo, que le impide totalmente continuar prestando sus servicios, a partir de la resolución del ISSSTE.

**ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO:** Facultativo de Medicina del Trabajo adscrito en la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE.

**MÉDICO TRATANTE:** Médico familiar o especialista adscrito a las Unidades Médicas del ISSSTE, que diagnostica la enfermedad de un paciente y prescribe el tratamiento para aliviarla.

**REPRESENTANTE LEGAL:** Es la persona que acredita su legítimo derecho de realizar trámites a favor de su representado.

**REVALORACIÓN:** Revisión de la incapacidad permanente, con el fin de reclasificar la pensión del trabajador condicionado a su estado funcional.

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES:** Oficinas descentralizadas del ISSSTE, encargadas del otorgamiento y pago de los seguros, prestaciones económicas, sociales, culturales y deportivas de los trabajadores y sus familiares beneficiarios.

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA:** Oficinas descentralizadas del ISSSTE, encargadas de controlar el otorgamiento y prestación de los servicios médicos en los diferentes niveles de atención.

**TRABAJADOR:** es la persona que presta sus servicios físicos o intelectuales por una retribución económica.

**VALUACIÓN DE SECUELAS:** Dictaminación del grado de disminución órgano-funcional del trabajador conforme a la tabla de valuación del artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo.

## **ANEXOS**

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO (RT-01)

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO (CERTIFICADO MEDICO INICIAL) (RT-02)

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (CENTRO DE TRABAJO) (RT-03-A)

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (TRAYECTO) (RT-03-B)

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (COMISIÓN) (RT-03-C)

FORMATO DE ALTA MÉDICA POR RIESGOS DE TRABAJO

MODELO DE OFICIO DE PROCEDENCIA DEL RIESGO DEL TRABAJO

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE LA APROBACION DEL ESTADO DE INVALIDEZ

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE LA NEGATIVA DEL ESTADO DE INVALIDEZ

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE PROCEDENCIA DE LA INCAPACIDAD PARCIAL

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE LA AUSENCIA DE SECUELAS VALUABLES

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE LA APROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE LA NEGATIVA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE LA PROCEDENCIA DEL RIESGO DE TRABAJO

MODELO DE OFICIO DE NOTIFICACION DE LA IMPROCEDENCIA DEL RIESGO DE TRABAJO





| Fecha |     |     |
|-------|-----|-----|
| Día   | Mes | Año |
|       |     |     |

**1.- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN**

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

CON APEGO A LO DISPUESTO EN 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 \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 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 |  |                            |  |

FECHA DE 1a COTIZACIÓN AL ISSSTE \_\_\_\_\_

|                    |          |            |          |       |                   |                 |                |
|--------------------|----------|------------|----------|-------|-------------------|-----------------|----------------|
| HORARIO DE TRABAJO | MATUTINO | VESPERTINO | NOCTURNO | MIXTO | JORNADA ACUMULADA | HORA DE ENTRADA | HORA DE SALIDA |
|--------------------|----------|------------|----------|-------|-------------------|-----------------|----------------|

**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 \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

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

|  |     |     |     |      |     |
|--|-----|-----|-----|------|-----|
| FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO | DÍA | 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 CONSIGNAR LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN



**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 |
|   |     |     |     |      |

**ANTECEDENTES**

| MARQUE CON UNA "X" LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL |   |   |
|---|---|---|
| ESTADO DE EMBRIAGUEZ  | USO DE NARCOTICO O DROGAS (SALVO PRESCRIPCIÓN MÉDICA CON CONOCIMIENTO DEL JEFE) | SE OCACIONÓ UNA LESIÓN INTENCIONALMENTE |
| INTENTO DE SUICIDIO   | RIÑA  | AL COMETER UN DELITO                    |
| CAUSA EXTERNA   |   |   |
| NATURALEZA DE LA LESIÓN   |   |   |

**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 23, 34,36,37 Y 40 FRACCION I, 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:**

|   |   |
|---|---|
| <b>NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA.</b> | Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| VO. Bo.<br>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**



## CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ RFC ó CURP: \_\_\_\_\_

| NATURALEZA DEL RIESGO       |       |     |     |
|-----------------------------|-------|-----|-----|
| ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO |       |     |     |
| ACCIDENTE EN COMISIÓN       |       |     |     |
| ACCIDENTE EN TRAYECTO       |       |     |     |
| ENFERMEDAD DE TRABAJO       |       |     |     |
| DEFUNCIÓN                   | FECHA |     |     |
|                             | DÍA   | MES | AÑO |
|                             |       |     |     |

| UNIDAD MEDICA QUE EXPIDE<br>CERTIFICADO MÉDICO INICIAL |
|--|
|  |

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

### ANTECEDENTES

| FECHA Y HORA<br>EN QUE SE<br>RECIBIÓ AL<br>PACIENTE |     |     |     |      |     |
|---|-----|-----|-----|------|-----|
|   | DÍA | MES | AÑO | HORA | MIN |
|   |     |     |     |      |     |

| MARQUE CON UNA "X", LO QUE SE RELACIONA<br>CON EL PADECIMIENTO ACTUAL |  |                          |  |                                 |         |
|---|--|--------------------------|--|---------------------------------|---------|
| RIÑA  |  | ALIENTO<br>ALCOHOLICO    |  | INTENCIONALIDAD<br>DE LA LESIÓN | TÓXICOS |
| ESTADO DE<br>EBRIEDAD   |  | BAJO EFECTO DE<br>DROGAS |  | POR PRESCRIPCIÓN<br>MEDICA      |         |

| PADECIMIENTO ACTUAL  |
|--|
| <div style="border: 1px solid black; height: 100%;"></div> |

EXPLORACIÓN FÍSICA (LESIONES ANATÓMICAS)



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

FORMATO RT-02

LABORATORIO Y GABINETE

DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

DIAGNÓSTICO ANATOMO FUNCIONAL

PRONÓSTICO

DÍAS DE LICENCIA MÉDICA OTORGADOS

| DE | DÍA | MES | AÑO |
|----|-----|-----|-----|
|    |     |     |     |

A

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

NOMBRE DEL MÉDICO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

CÉDULA PROFESIONAL

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

C.C.P TRABAJADOR  
DEPENDENCIA. PRESENTE  
UNIDADES MÉDICAS. PRESENTE  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA. PRESENTE  
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES. PRESENTE  
EXPEDIENTE CLÍNICO. MEDICINA FAMILIAR

SELLO UNIDAD MÉDICA



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

FORMATO RT-03 A

SUBDELEGACION DE PRESTACIONES EN: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

|  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
|--|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|-----|--|-----|--|-----|--|---------------------------|--|--|--|--|--|
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align:center;">RFC</td></tr> </table> |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  | RFC |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align:center;">TELÉFONO</td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TELÉFONO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">DÍA</td><td style="width:15%;"> </td> <td style="width:15%;">MES</td><td style="width:15%;"> </td> <td style="width:15%;">AÑO</td><td style="width:15%;"> </td> </tr> <tr><td colspan="6" style="text-align:center;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td></tr> </table> | DÍA |  | MES |  | AÑO |  | FECHA DE SOLICITUD (RT01) |  |  |  |  |  |
|  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| RFC  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
|  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| TELÉFONO   |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| DÍA  |  | MES |  | AÑO |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| FECHA DE SOLICITUD (RT01)  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
|  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO   |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |     |  |     |  |     |  |                           |  |  |  |  |  |

**REQUISITOS**  
**(ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)**  
**EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE CONSIDERE**  
**NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR**  
**LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON \* SON OBLIGATORIOS.**

**I.**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>1*</b>  | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01) |  |
| <b>2*</b>  | ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE)    |  |
| <b>3*</b>  | CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   |  |
| <b>4*</b>  | HORARIO DE LABORES   |  |
| <b>5</b>   | TALÓN DE PAGO RECIENTE   |  |
| <b>DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3 Y 4 DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.</b> |  |  |

**II**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>6*</b>  | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)<br>-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE<br>-LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS |  |
| <b>7</b>   | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS (EN SU CASO)<br>. FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE      |  |
| <b>8</b>   | COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS   |  |
| <b>LA DOCUMENTACIÓN 6, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.</b> |  |  |

**III.**

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <b>9*</b>   | AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO) |  |
| <b>LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MINISTERIAL QUE TUVO CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS, EN SU CASO</b> |                                  |  |

**IV EN CASO DE MUERTE DEL TRABAJADOR**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>10*</b>   | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN |  |
| <b>11</b>  | COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY            |  |
| <b>12</b>  | EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM |  |
| <b>ADEMÁS, SE DEBERÁ ENTREGAR, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.</b> |   |  |

ANVERSO



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.  
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO  
(CENTRO DE TRABAJO)

FORMATO RT-03 A

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C. \_\_\_\_\_,

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL PUNTO 3, CAPÍTULO II DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE MEDICINA DEL TRABAJO, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUÉL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE  
ESTE FORMATO DE REQUISITOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE  
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN  
DE PRESTACIONES

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO



ISSSTE

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.  
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO  
(TRAYECTO)

FORMATO RT-03 B

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RFC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                           |  |     |  |     |  |
|---------------------------|--|-----|--|-----|--|
| DIA                       |  | MES |  | AÑO |  |
| FECHA DE SOLICITUD (RT01) |  |     |  |     |  |

|  |
|--|
|  |
| NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO |

**REQUISITOS**

(ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)  
EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE CONSIDERE  
NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR  
LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON \* SON OBLIGATORIOS

**I.**

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 1.* | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)                                       |  |
| 2.* | ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE)  |  |
| 3.* | CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   |  |
| 4.* | HORARIO DE LABORES   |  |
| 5.  | TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA   |  |
| 6.  | CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL<br>(DOMICILIO-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO) |  |
| 7.  | TALÓN DE PAGO RECIENTE   |  |

LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 4 Y 5, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

**II.**

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 8.* | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)<br>-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE<br>-LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS |  |
| 9.  | COPIA DE LICENCIAS MEDICAS   |  |
| 10. | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS.<br>-FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE                   |  |

LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

**III.**

|      |   |  |
|------|---|--|
| 11.* | AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO)                |  |
| 12.  | REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO |  |
| 13.  | PARTE DE AMBULANCIA                             |  |

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO III, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUMÓ CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.



ANVERSO



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.  
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO  
(TRAYECTO)

FORMATO RT-03 B

**IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

|      |   |  |
|------|---|--|
| 14.* | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN |  |
| 15.  | COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY            |  |
| 16.  | EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM |  |

**ADEMÁS DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.**

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C. \_\_\_\_\_,

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL PUNTO 3, CAPÍTULO II DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE MEDICINA DEL TRABAJO, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUÉL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE  
ESTE FORMATO DE REQUISITOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE  
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN  
DE PRESTACIONES

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

**REVERSO**



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.  
 SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO  
 (COMISIÓN)

FORMATO RT-03 C

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

|     |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|
|     |  |  |  |  |  |  |  |
| RFC |  |  |  |  |  |  |  |

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
|          |  |  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONO |  |  |  |  |  |  |  |

|                           |  |     |  |     |  |
|---------------------------|--|-----|--|-----|--|
| DÍA                       |  | MES |  | AÑO |  |
| FECHA DE SOLICITUD (RT01) |  |     |  |     |  |

|  |
|--|
|  |
| NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO |

**REQUISITOS**

(ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)  
 EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE CONSIDERE  
 NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR  
 LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON \* SON OBLIGATORIOS

**I.**

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.* | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)  |  |
| 2.* | ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE)   |  |
| 3.* | CERTIFICACIÓN DE SUELDOS  |  |
| 4.  | HORARIO DE LABORES  |  |
| 5.* | OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN   |  |
| 6.  | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO  |  |
| 7.  | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN   |  |
| 8.  | CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL<br>(DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO- DOMICILIO TEMPORAL) |  |
| 9.  | TALÓN DE PAGO RECIENTE  |  |

**LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL APARTADO I, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.**

**II.**

|      |  |  |
|------|--|--|
| 10.* | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)<br>-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE<br>-LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS |  |
| 11.  | COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS   |  |
| 12.  | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS.<br>-FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE.                  |  |

**LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO II, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.**

**ANVERSO**



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.  
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO  
(COMISIÓN)

FORMATO RT-03 C

//

|   |   |  |
|---|---|--|
| 13.*  | AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO)                        |  |
| 14.   | EXAMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS                          |  |
| 15.   | PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS) |  |
| 16.   | PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL                       |  |
| 17.   | PARTE DE AMBULANCIA                                     |  |
| <b>LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.</b> |   |  |

**IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

|   |   |  |
|---|---|--|
| 18.*  | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN |  |
| 19.   | COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY            |  |
| 20.   | EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM |  |
| <b>ADEMÁS, DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.</b> |   |  |

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C. \_\_\_\_\_,

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL PUNTO 3, CAPÍTULO II DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE MEDICINA DEL TRABAJO, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUÉL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE ESTE FORMATO DE REQUISITOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

# ALTA MÉDICA POR RIESGOS DE TRABAJO

| FECHA DE ELABORACIÓN: |     |     |
|-----------------------|-----|-----|
| DIA                   | MES | AÑO |
|                       |     |     |

|  |                                  |   |                                   |     |
|--|----------------------------------|---|-----------------------------------|-----|
| DATOS DEL TRABAJADOR: (APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRE (S))  |                                  | RFC   |                                   |     |
| RIESGO DE TRABAJO CALIFICADO <input type="text"/>  | PROBABLE RT <input type="text"/> | FECHA DEL RIESGO O PROBABLE RIESGO DE TRABAJO |                                   |     |
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:  |                                  | PUESTO QUE DESEMPEÑA:                         |                                   |     |
| FECHA DE REINICIO DE LABORES:  |                                  | FECHA DE REINICIO DE LABORES CON LETRA        |                                   |     |
| DIA  | MES                              | AÑO   |                                   |     |
|  |                                  |   |                                   |     |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ALTA:  |                                  |   |                                   |     |
| NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA Y SERVICIO  |                                  | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR JERÁRQUICO        |                                   |     |
| NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE FORMULA EL ALTA  |                                  | NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE                   | FECHA DE RECIBIDO POR EL PACIENTE |     |
| CLAVE Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO  | SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA        |   | DIA                               | MES |
|  |                                  |   |                                   |     |
| <b>DICTAMEN DE AUSENCIA DE SECUELAS<br/>PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICINA DEL TRABAJO</b> |                                  |   |                                   |     |
|  |                                  |   | SELLO                             |     |
| NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO DE MÉDICINA DEL TRABAJO                                |                                  |   |                                   |     |

ORIGINAL PARA MEDICINA DEL TRABAJO; COPIA PARA EL TRABAJADOR; COPIA PARA LA DEPENDENCIA; COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO



“TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO”

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García”

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL DIRECTIVO  
UNIDAD MÉDICA  
DIRECCIÓN**

**ASUNTO: SE NOTIFICA LA PROCEDENCIA  
DEL RIESGO DE TRABAJO**

En atención al escrito de fecha dd/mm/aa, firmado por el nombre y R.F.C., dirigido al suscrito, a través del cual solicitó la calificación del accidente o enfermedad ocurrido el dd/mm/aa y con la facultad que me otorgan los artículos 4 y 36 fracción I de la Ley del ISSSTE, 56 del Estatuto Orgánico del Instituto y 16 apartado “A” fracciones I y VI del Reglamento de Delegaciones del ISSSTE, le comunico lo siguiente:

Esta autoridad declaró la procedencia de la solicitud y califica como profesional el accidente ocurrido el dd/mm/aa, toda vez que se cumplió con lo establecido en el artículo 34 de la Ley del ISSSTE, consistentes en lo siguiente: elementos aportados y análisis realizado accidente y el trabajo desempeñado que detallan las causas que fundan y motivan la calificación de procedencia de profesionalidad.

Por lo antes expuesto y en virtud de que el trabajador inició el trámite para que le fuera acreditado un riesgo de trabajo por la siguiente patología \_\_\_\_\_, que se acreditó la existencia de una enfermedad o accidente profesional, y ya que dicho trabajador recibe atención médica en esa unidad médica desde \_\_\_\_\_, solicito requirir a la brevedad posible, y remita a esta Subdelegación de Prestaciones, el Certificado Médico RT-09 o, en caso de estar ante la ausencia de secuelas valiables, el Formato de Alta Médica.

En ese mismo sentido, le recuerdo que las licencias médicas que en adelante se expidan por esa patología, serán pagadas por la Dependencia con el 100% de salario, conforme al artículo 40 fracción I de la Ley del ISSSTE, lo que obliga al Instituto a concluir el caso a la brevedad posible, a fin de evitar la expedición excesiva de licencias médicas, en detrimento de la Dependencia.

Lo anterior con fundamento en los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38 y 39 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; Capítulo V del Título Primero de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y en observancia a los artículos 36, 40 fracción I de la Ley del ISSSTE y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, a través de los cuales se establece que los riesgos de trabajo serán calificados por el Instituto, así como en cumplimiento al Título Primero “Proceso de Dictaminación por Riesgos de Trabajo” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar al interesado el formato RT-01 con firmas autógrafas y debidamente selladas.

México, Distrito Federal, a dd/mm/aa.

“Nombre, cargo y firma de la autoridad notificadora”

C. c. p.      Subdelegación Médica

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**



“TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO”

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García”

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

**NOMBRE  
DOMICILIO**

**ASUNTO: SE NOTIFICA LA APROBACIÓN DEL  
ESTADO DE INVALIDEZ**

**PRESENTE:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 67, 68, 70, 71, 72 y 186 de la Ley del ISSSTE, 13 y 14 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulos I y II del Título Segundo “Proceso de dictaminación por invalidez”, Título Tercero “Notificaciones al trabajador” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Medicina del Trabajo, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

“.....”

Lo anterior, en observancia a los artículos 67 y 68 de la Ley del ISSSTE, 13 y 14 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, a través de los cuales se establece que el otorgamiento de la pensión por Invalidez quedara sujeto a la solicitud del trabajador y al Dictamen de uno o más médicos designados por el Instituto, que certifiquen la existencia del estado de Invalidez, así como en cumplimiento al del Título Segundo “Proceso de Dictaminación por Invalidez” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar al interesado el Certificado Médico (formato RT-09) con firmas autógrafas y debidamente selladas y en apego al Acuerdo 11.1237.98 de la Junta Directiva del ISSSTE.

Lugar y fecha de expedición

**ATENTAMENTE  
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES  
DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo remito original (en su caso) y copia simple (en su caso) con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

XXXX/ XXXXX/ XXXX

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**



"TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO"

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García"

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>NOMBRE<br/>DOMICILIO</b> | <b>ASUNTO: SE NOTIFICA LA NEGATIVA DEL<br/>ESTADO DE INVALIDEZ</b> |
|-----------------------------|--|

**PRESENTE:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 67, 68, 70, 71, 72 y 186 de la Ley del ISSSTE, 13 y 14 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulos I y II del Título Segundo "Proceso de dictaminación por invalidez", Título Tercero "Notificaciones al trabajador" y Capítulo I y II del Título Quinto "Proceso de inconformidad por riesgos de trabajo e invalidez" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Medicina del Trabajo, Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

“.....”

Lo anterior, en observancia a los artículos 68 fracción II de la Ley del ISSSTE, 13 y 14 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, a través de los cuales se establece que el otorgamiento de la pensión por Invalidez quedará sujeto a la solicitud del trabajador y al Dictamen de uno o más médicos designados por el Instituto, que certifiquen la existencia del estado de Invalidez. Asimismo, le informo que en caso de manifestar su inconformidad podrá usted designar médicos particulares para que dictaminen a su vez, y en caso de desacuerdo entre la calificación del Instituto y el dictamen del perito designado por usted, el Instituto le propondrá una terna de especialistas. Así como, en cumplimiento a los Capítulos II, III y IV del Título Quinto "Proceso de inconformidad por riesgos de trabajo e invalidez" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar al interesado el Certificado Médico (formato RT-09) con firmas autógrafas y debidamente selladas y en apego al Acuerdo 11.1237.98 de la Junta Directiva del ISSSTE.

Lugar y fecha de expedición

**A T E N T A M E N T E**  
**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES**  
**DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo remito original del Certificado Médico RT-09 y copia simple (en su caso) con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

XXXX/ XXXXX/ XXXX

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**





“TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO”

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García”

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>NOMBRE<br/>DOMICILIO</b> | <b>ASUNTO: SE NOTIFICA PROCEDENCIA<br/>DE LA INCAPACIDAD PARCIAL</b> |
|-----------------------------|--|

**PRESENTE:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 34, 36, 40 y 186 de la Ley del ISSSTE; 13, 14, 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulos III, V, VI, VIII y X del Título Primero “Proceso de dictaminación por riesgos de trabajo” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Medicina del Trabajo, Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

“-----”

Lo anterior, en observancia al artículo 40 fracción I y II de la Ley del ISSSTE, así como, en cumplimiento del Capítulo X del Título Primero “Proceso de Dictaminación por Riesgos de Trabajo” y Título Tercero “Notificaciones al trabajador” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar la Resolución al interesado dentro del plazo de DIEZ DÍAS hábiles, contados a partir de la fecha de la dictaminación de la Incapacidad Parcial, contenida en el Certificado Médico RT-09, debidamente firmado y sellado por la autoridad emisora.

Lugar y fecha de expedición

**A T E N T A M E N T E**  
**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES**  
**DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo remito original del Certificado Médico RT-09 y copia simple (en su caso) con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

XXXX/XXXXX/XXXX

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**



"TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO"

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García"

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>NOMBRE<br/>DOMICILIO</b> | <b>ASUNTO: SE NOTIFICA LA AUSENCIA DE<br/>SECUELAS VALUABLES</b> |
|-----------------------------|--|

**PRESENTE:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 34, 36, 40, 67, 68, 70 y 186 de la Ley del ISSSTE; 13, 14, 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulos VIII y IX del Título Primero "Proceso de dictaminación por riesgos de trabajo" Capítulo I y II del Título Quinto "Proceso de inconformidad por riesgos de trabajo e invalidez" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

"-----"

Lo anterior, en observancia al artículo 40 fracción I, de la Ley del ISSSTE, así como, en cumplimiento Título Primero, Capítulo IX "Ausencia de secuelas" y Título Tercero "Notificaciones al trabajador" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar la Resolución al interesado dentro del plazo de DIEZ DÍAS hábiles, contados a partir de la fecha de la dictaminación, contenida en el Certificado Médico RT-09 o de la Hoja de Alta Médica RT-04, debidamente firmado y sellado por la autoridad emisora.

Lugar y fecha de expedición

**A T E N T A M E N T E**  
**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES**  
**DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo remito original del Certificado Médico RT-09 o en su caso copia Hoja de Alta Médica RT-04 con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

xxxx/xxxxx/xxxx

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**



"TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO"

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García"

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

**NOMBRE  
DOMICILIO**

**ASUNTO: SE NOTIFICA LA APROBACIÓN DE  
LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

**PRESENTE:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 34, 36, 40 y 186 de la Ley del ISSSTE, 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulos III, V, VI, VII, VIII y XII del Título Primero "Proceso de dictaminación por riesgos de trabajo" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

"-----"

Lo anterior, en observancia al artículo 40 fracción III de la Ley del ISSSTE, así como, en cumplimiento al Capítulo XII del Título Primero "Proceso de Dictaminación por Riesgos de Trabajo" y Título Tercero "Notificaciones al trabajador" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar la Resolución al interesado dentro del plazo de DIEZ DÍAS hábiles, contados a partir de la fecha de la determinación del Comité de Medicina del Trabajo, contenida en el Certificado Médico RT-09.

Lugar y fecha de expedición

**ATENTAMENTE  
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES  
DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo remito original del Certificado Médico RT-09 con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

xxxx/xxxxx/xxxx

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**



“TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO”

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García”

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>NOMBRE<br/>DOMICILIO</b> | <b>ASUNTO: SE NOTIFICA LA NEGATIVA DE LA<br/>INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</b> |
|-----------------------------|---|

**PRESENTE:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 34, 36, 40 y 186 de la Ley del ISSSTE, 13, 14, 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulo XII del Título Primero “Proceso de dictaminación por riesgos de trabajo” Capítulo I y II del Título Quinto “Proceso de inconformidad por riesgos de trabajo e invalidez” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones, Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Medicina del Trabajo, Acuerdo 11.1237.98 de la Junta Directiva del ISSSTE y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

“-----”

Lo anterior, en observancia al artículo 40 fracción I, de la Ley del ISSSTE, así como, en cumplimiento Título Primero, Capítulo XII “Incapacidad total permanente”, Título Tercero “Notificaciones al trabajador” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar la Resolución al interesado dentro del plazo de DIEZ DÍAS hábiles, contados a partir de la fecha de la determinación del Comité de Medicina del Trabajo, contenida en el Certificado Médico RT-09.

Lugar y fecha de expedición

**ATENTAMENTE**  
**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES**  
**DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo remito original del Certificado Médico RT-09 y copia simple (en su caso) con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

XXXX/ XXXXX/ XXXX

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**



“TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO”

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García”

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

**NOMBRE  
DOMICILIO**

**ASUNTO: SE NOTIFICA LA PROCEDENCIA DEL  
RIESGO DE TRABAJO**

**P R E S E N T E:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 34, 36, 40 y 186 de la Ley del ISSSTE, 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulos II, III y V del Título Primero “Proceso de dictaminación por riesgos de trabajo” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

“-----”

Lo anterior, en observancia a los artículos 36 de la Ley del ISSSTE y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, a través de los cuales se establece que los riesgos de trabajo serán calificados por el Instituto, así como en cumplimiento al Capítulo V del Título Primero “Proceso de Dictaminación por Riesgos de Trabajo” y Título Tercero “Notificaciones al trabajador” de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar al interesado copia del formato RT-01 con firmas autógrafas y debidamente selladas.

Lugar y fecha de expedición

**A T E N T A M E N T E**  
**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES**  
**DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo copia del Formato RT-01 con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

XXXX/ XXXXX/ XXXX

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**



"TRANSFORMAR  
AL ISSSTE ES  
TAREA DE  
EQUIPO"

2006 Año del Bicentenario  
del Natalicio del Benemérito  
de las Américas,  
Don Benito Juárez García"

DELEGACION \_\_\_\_\_

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE  
EN \_\_\_\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_\_

**NOMBRE  
DOMICILIO**

**ASUNTO: SE NOTIFICA LA IMPROCEDENCIA  
DEL RIESGO DE TRABAJO**

**PRESENTE:**

Con fundamento en los artículos 14 y 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38, 39, 42 y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 4, 9, 34, 36, 38, 39, 40 y 186 de la Ley del ISSSTE, 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulos II, III y V del Título Primero "Proceso de dictaminación por riesgos de trabajo" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, HAGO DE SU CONOCIMIENTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

"-----"

Lo anterior, en observancia a los artículos 36 de la Ley del ISSSTE y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, así como en cumplimiento a los Capítulos II y IV del Título Primero "Proceso de Dictaminación por Riesgos de Trabajo" y Título Tercero "Notificaciones al trabajador" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, a través de los que se establecen que los riesgos de trabajo serán calificados por el Instituto. Asimismo, le informo que en caso de manifestar su inconformidad podrá usted designar a un perito técnico o profesional para que dictamine a su vez, y en caso de desacuerdo entre la calificación del Instituto y el dictamen del perito designado por usted, el Instituto le propondrá una terna de especialistas. Finalmente, se señala la obligación de enviar al interesado copia del formato RT-01 con firmas autógrafas y debidamente selladas.

Lugar y fecha de expedición

**A T E N T A M E N T E**  
**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES**  
**DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**NOTA: Anexo remito original del formato RT-01 (en su caso) y copia simple (en su caso) con firmas autógrafas y debidamente selladas.**

XXXX/XXXXX/XXXX

**DIRECCIÓN DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE,  
TELEFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS**