ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO
(CENTRO DE TRABAJO)

FORMATO RT-03 A **(ANEXO 6)**

GOBIERNO DE MÉXICO

SUBDELEGACION DE PRESTACIONES EN: SELECCIONA

TRABAJADOR: _____

RFC	TELÉFONO	FECHA DE SOLICITUD (RT01)
		DÍA MES AÑO

NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO

REQUISITOS

(ART. 15, 16 Y 17 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ)

EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR

LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON * SON OBLIGATORIOS.

I.

1*	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO (RT-01) (3 ORIGINALES)	
2*	ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE)	
3*	CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE) ORIGINAL Y COPIA	
4*	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS Y HORARIO DE LABORES	
5	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

DOCUMENTACIÓN 1, 2 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.

II

6*	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
7	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS (EN SU CASO) . FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE	
8	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	

LA DOCUMENTACIÓN 6, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

III.

9	AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO)	

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MINISTERIAL QUE TUVO CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS, EN SU CASO

IV EN CASO DE MUERTE DEL TRABAJADOR

10*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
11	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
12	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
13	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM	

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

ANVERSO

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C._____,

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, 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