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 (TRAYECTO)

GOBIERNO DE MÉXICO

FORMATO RT-03 B **(ANEXO 7)**

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. 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.	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA	
6.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-DOMILICIO/ DOMICILIO-ESTANCIA/ ESTANCIA-CENTRO DE TRABAJO Y CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA)	
7.	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 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) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS	
9.	COPIA DE LICENCIAS MEDICAS	
10.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -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 TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.

ANVERSO

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

14.*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
15	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
16.	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
17.	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 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