

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Aviso de accidentes de trabajo para
trabajadores y familiares

Homoclave del formato

Fecha de publicación del formato en el DOF

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

I. Datos generales del accidentado

RFC		CURP	
Nombre(s)		Primer apellido	Segundo apellido
Sexo	Edad	Teléfono(clave lada)	
<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer			
Código postal	Calle	N° exterior	N° interior
Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal	
Nivel máximo de estudios	Número de personas que dependen económicamente del trabajador		
Puesto o ocupación a que se dedica el trabajador	Salario diario (pesos)		
Institución de seguridad social a la que está afiliado			
<input type="radio"/> IMSS	<input type="radio"/> ISSSTE	<input type="radio"/> PEMEX	<input type="radio"/> Seguros estatales y/o municipales <input type="radio"/> Seguro privado <input type="radio"/> Ninguno

II. Identificación de la empresa

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

Nombre, razón social o denominación legal de la empresa

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

Contacto:

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

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

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

III. Lugar y tiempo del accidente

Entidad Federativa	Municipio o delegación
Lugar del accidente	
<input type="radio"/> Lugar habitual del trabajo <input type="radio"/> Otro lugar dentro del centro de trabajo <input type="radio"/> En otro centro de trabajo <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> En viaje o traslado por motivo de trabajo <input type="radio"/> En trayecto del domicilio al trabajo <input type="radio"/> En trayecto del trabajo al domicilio <input type="radio"/> No especificado
Fecha en que ocurrió el accidente	Hora exacta en que ocurrió el accidente (hh:mm)
DD MM AAAA	
Turno durante el cual ocurrió el accidente	Horas continuas de trabajo antes del accidente
<input type="radio"/> Diurno <input type="radio"/> Nocturno <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> No especificado	
Lugar donde recibió atención médica el accidentado (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro)	

IV. Daño del accidente

Describe la forma en que ocurrió el accidente
Parte del cuerpo lesionada (Ejemplo: cabeza, columna vertebral, mano derecha, pierna, brazo)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Describa la lesión (Ejemplo: Fractura, luxación, esguince, herida, traumatismo, contusión, etc).		Días que dejó de trabajar a causa del accidente	
¿Recibió sueldo durante los días que dejó de trabajar? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Falleció el trabajador? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
¿El trabajador tuvo que ser hospitalizado? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Ha tenido conocimiento de la ocurrencia de más accidentes en el centro de trabajo? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)			
1. _____			
2. _____			
Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte			

Beneficiarios de la indemnización (en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			

Datos de la persona que da aviso

Relación con el accidentado					
<input type="radio"/> Mismo Trabajador	<input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> Hijo (a)	<input type="radio"/> Madre o Padre	<input type="radio"/> Hermano (a)	<input type="radio"/> Otro
Nombre y Apellidos					
Fecha de elaboración					
DD	/	MM	/	AAAA	Firma