

gov.mx

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
STPS-09-001-A	14 / 12 / 2015

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.

RFC con homoclave del trabajador accidentado registrado ante la SHCP.		I. Datos generales del accidentado		Clave única de registro de población del trabajador accidentado.	
RFC				CURP	
Nombre(s)		Primer apellido		Segundo apellido	
Sexo		Edad		Teléfono(clave local)	
<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer					
Codigo postal		Calle		N° exterior	N° interior
Colonia		Municipio o delegación		Estado o Distrito Federal	
Nivel máximo de estudios		Número de personas que dependan económicamente del trabajador			
Grado de escolaridad alcanzada del trabajador.		Puesto u ocupación a que se dedica el trabajador		Salario diario (pesos)	
Describir la(s) actividad(es) que desempeña el trabajador dentro de la empresa.					
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					
Nombre completo sin abreviaturas (persona física o moral) bajo el cual se encuentra registrada la empresa ante la SHCP.					

De conformidad con los artículos 4 y 89-N, 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).

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Nombre sin abreviaturas (persona física o moral) del Centro de Trabajo.

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"/> En viaje o traslado por motivo de trabajo	<input type="radio"/> Otro lugar dentro del centro de trabajo <input type="radio"/> En trayecto del domicilio al trabajo
<input type="radio"/> En otro centro de trabajo <input type="radio"/> En trayecto del trabajo al domicilio	<input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No especificado
Fecha en que ocurrió el accidente	Hora exacta en que ocurrió el accidente (horas)
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

Describa la forma en que ocurrió el accidente Exponer brevemente como acontecieron los hechos durante el accidente.
Parte del cuerpo lesionada (Ejemplo: cabeza, columna vertebral, mano, pierna, brazo) Especificar la parte del cuerpo lesionada del trabajador accidentado.

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Describe 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.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) que presenciaron el accidente. </div>	
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.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> En caso de fallecimiento, especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) beneficiaria(s) del trabajador. </div>	
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		Firma
Fecha de elaboración		
DD / MM / AAAA		