

# Instructivo para el llenado del Formato de "Aviso de accidentes de trabajo para trabajadores y familiares"

**gob.mx**

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

## Aviso de accidentes de trabajo para trabajadores y familiares

Homoclave del formato

Fecha de publicación 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, CP 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 con homoclave del trabajador accidentado registrado ante la SHCP.

RFC

Clave única de registro de población del trabajador accidentado.

CURP

Nombre(s)		Primer apellido		Segundo apellido	
Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		Edad		Teléfono (con clave lada)	
Código postal		Calle		No. exterior	No. interior
Colonia		Municipio o delegación		Entidad Federativa	
Nivel máximo de estudios		Número de personas que dependen económicamente 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 esta 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					

Grado de escolaridad alcanzada del trabajador.



Describir la(s) actividad(es) que desempeña el trabajador dentro de la empresa.



### II. Identificación de la empresa

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

Nombre completo sin abreviaturas (persona física o moral) bajo el cual se encuentra registrada la empresa ante la SHCP.

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 publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

**TRABAJO**  
SECRETARÍA DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL



**MÉXICO**  
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

**COFEMER**  
Comisión Federal  
de Mejora Regulatoria

#### Contacto:

Boulevard Adolfo López Mateos 1968, Piso 2,  
Colonia Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón CP  
01010 CDMX Horario de atención:  
9:00 a 15:00 hrs  
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245  
siaat@stps.gob.mx

# Instructivo para el llenado del Formato de "Aviso de accidentes de trabajo para trabajadores y familiares"

**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	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o delegación	Entidad Federativa	
Teléfono (con clave lada)		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 (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 al accidente

Exponer brevemente como acontecieron los hechos durante el accidente.

Describa la forma en que ocurrió el accidente

Parte del cuerpo lesionada (Ejemplo: cabeza, columna vertebral, mano, pie, brazo)

Especificar la parte del cuerpo lesionada del trabajador accidentado.

**TRABAJO**  
SECRETARÍA DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL



**MÉXICO**  
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

**CO-T-MER**  
de Mejora Regulatoria

**Contacto:**

Boulevard Adolfo López Mateos 1968, Piso 2,  
Colonia Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón CP  
01010 CDMX Horario de atención:  
9:00 a 15:00 hrs  
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245  
siaat@sps.gob.mx

# Instructivo para el llenado del Formato de "Aviso de accidentes de trabajo para trabajadores y familiares"

**gob.mx**

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?		¿Falleció el trabajador?	
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿El trabajador tuvo que ser hospitalizado?		¿Ha tenido conocimiento de la ocurrencia de más accidentes en el centro de trabajo?	
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	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			

Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)	
1.	<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>
2.	
3.	
4.	
<b>Datos de la persona que da aviso</b>	

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     Firma del trabajador accidentado o en su defecto del familiar que reporta el accidente.                 </div>	