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.

Clave única de registro de población del trabajador accidentado.

RFC	CURP

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido

Sexo	Edad	Teléfono (con clave lada)
◯ Hombre ◯ Mujer		

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

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 esta afiliado

◯ IMSS ◯ ISSSTE ◯ PEMEX ◯ Seguros estatales y/o municipales ◯ Seguro Privado ◯ Ninguno

II. Ide ficación 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)

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. L y tiempo del accidente

Entidad Federativa	Municipio o delegación

Lugar del accidente

- ◯ Lugar habitual del trabajo
- ◯ En viaje o traslado por motivo de trabajo
- ◯ Otro lugar dentro del centro de trabajo
- ◯ En trayecto del domicilio al trabajo
- ◯ En otro centro de trabajo
- ◯ En trayecto del trabajo al domicilio
- ◯ Otro
- ◯ 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
◯ Diurno ◯ Nocturno ◯ Mixto ◯ No especificado	

Lugar donde recibió atención médica el accidentado (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro)

IV. Daño l 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, pierna, brazo)

Especificar la parte del cuerpo lesionada del trabajador accidentado.

Trabajo Secretaría del Trabajo y Previsión Social

México Presidencia de la República

CONAMER COMISIÓN NACIONAL 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

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 ◯ NO ◯	SI ◯ NO ◯
¿El trabajador tuvo que ser hospitalizado?	¿Ha tenido conocimiento de la ocurrencia de más accidentes en el centro de trabajo?
SI ◯ NO ◯	SI ◯ NO ◯

Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)

1.

2.

Especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) que presenciaron el accidente.

Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte

Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)

1.

2.

3.

4.

En caso de fallecimiento, especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) beneficiaria(s) del trabajador.

Datos de la persona que da aviso

Relación con el accidentado

◯ Mismo Trabajador ◯ Cónyuge ◯ Hijo (a) ◯ Madre o Padre ◯ Hermano (a) ◯ Otro

Nombre y Apellidos	
Fecha de elaboración	
DD | MM | AAAA	Firma

Firma del trabajador accidentado o en su defecto del familiar que reporta el accidente.

Trabajo Secretaría del Trabajo y Previsión Social

México Presidencia de la República

CONAMER COMISIÓN NACIONAL 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