	INSTRUCTIVO OPERATIVO PARA EL REGISTRO, CONTROL Y CALIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO		Vigente a partir de		
			Día	Mes	Año

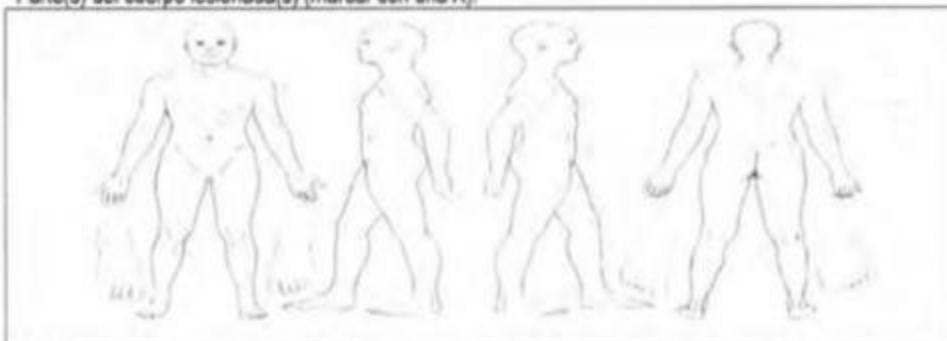
**Jefatura de Relaciones Laborales
y Servicios al Personal.
Presente.**

**ANEXO III
CONDICIÓN DE TRABAJADOR(A) LESIONADO(A)**

ITL-2

Unidad médica que emite el documento:	
Fecha: / /	hora en que se otorgó la atención médica: : hrs.
Empresa:	Clave:
Centro de trabajo:	Clave:
Departamento de adscripción:	Extensión:
Nombre del trabajador(a):	Ficha:
Fecha: / /	hora en que se lesionó: : hrs.
Departamento o área que refiere el trabajador en que se lesionó:	
Descripción detallada del mecanismo de la lesión y lugar, referidos por el trabajador lesionado:	

Parte(s) del cuerpo lesionada(s) (marcar con una X):



Las lesiones que presenta:		Si	No	Corresponde(n) con el relato del trabajador (mecánica y tiempo)	11
	Si	No	Presenta estado de embriaguez o signos de intoxicación por-narcótico o droga enervante.		
Observaciones					
Nombre del médico:		Ficha:	# Cédula prof.:		
Fecha: / /		hora en la que se expide el presente documento: : hrs.			

Original.- Jefatura de Relaciones Laborales y Servicios al Personal.
C.c.p.- Departamento de adscripción del trabajador lesionado.
Departamento donde se lesionó el trabajador.
Departamento de Seguridad.

Firma del médico

El presente formato deberá de llenarse dentro de las primeras 8 hrs después de proporcionar la atención médica.

La información que sustenta las conclusiones anotadas en el presente formato obra en nota médica del expediente clínico del trabajador.

Campo de llenado exclusivo por el departamento de Relaciones Laborales y Servicios al Personal.

Número del accidente:		
Cve. Org.	Cve. CT	Número Consecutivo.