[NOMBRE DE LA EMPRESA]
[DIRECCIÓN DE LA EMPRESA]

[CIUDAD], [ESTADO], A [FECHA]

ATENCIÓN: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Por medio del presente se hace la aclaración de que al momento de llenar el formato "AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO ST7" correspondiente al asegurado [NOMBRE DEL ASEGURADO] con número de seguridad social: [NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL].

Quiero informar que se cometió un error involuntario en el campo número 3 "Registro patronal" [REGISTRO PATRONAL] y campo 25 "Nombre del patrón o su representante legal" [NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL].

Se extiende la presente a petición del interesado para los usos y fines que estime conveniente. Sin más por el momento, quedo a la orden.

ATENTAMENTE,

[NOMBRE DEL RESPONSABLE]
Teléfono: [NÚMERO DE TELÉFONO]
Correo Electrónico: [CORREO ELECTRÓNICO COMPLETO]