



REQUISITOS PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LESP GUERRERO

DSP. CITLALLI TORNEZ BENITEZ



2026
año de
Margarita
Maza

22 DE ENERO DE 2026

OBJETIVO DEL PROCESO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ATENCIÓN AL PÚBLICO



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

Recibir, revisar y cotejar las muestras con los documentos que ingresan a la Coordinación de Recepción de Muestras, así como su captura y registro en el sistema SIGECOM aplicando **los Criterios de aceptación y rechazo de los laboratorios** que conforman los departamentos de Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Sanitaria.

Brindando una atención con calidad y calidez a todas las jurisdicciones, coordinaciones e instituciones de salud y a la población en general, que requiera de nuestros servicios.



2026
año de
Margarita
Maza

¿QUÉ ES EL REGISTRO SIGECOM?



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

Es el registro del **S**istema para la **G**estión y **C**ontrol de **M**uestras, el cual está conformado de la siguiente manera:

Ejemplo:



Total de muestras
Ingresadas al LESP.



Clave de Laboratorio



No. de muestras
Ingresadas al
Laboratorio



2026
año de
Margarita
Maza

PROCESO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



Recepción del cliente:
se registra el cliente en el formato RM-F-015 y se revisa que las muestras vengan acompañadas de su documentación



Revisión de la muestra: se revisa temperatura y transporte de la muestra y se aplican criterios de aceptación y rechazo.



Registro de la muestra:
Se realiza la captura de la muestra en el sistema SIGECOM.



2026
año de
Margarita
Maza



Organización y distribución: se etiqueta la muestra y se registra en la bitácora que corresponda para su entrega al laboratorio

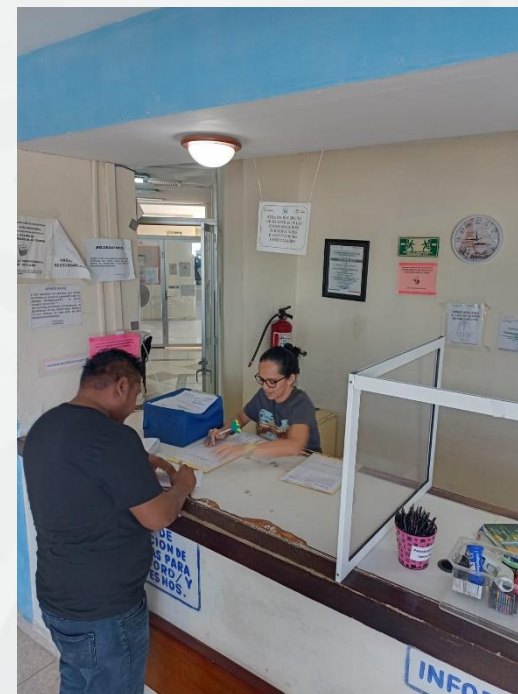


Se entrega la muestra al Laboratorio que corresponda





Recepción de la muestra
por parte del personal
del Laboratorio



Entrega de resultado a
nuestros usuarios.



SECRETARÍA DE
SALUD

[illegible]

2026
año de
Margarita
Maza

DIAGNÓSTICO

MUESTRA

FECHA DE TOMA

Muestra de alto valor epidemiológico o concesionada:



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

IBQ, Miguel Angel Cabrera Hernandez
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP)
Presente

CAT. LIC. María Laura Jaimes Catalán.
Responsable de la coordinación
Y recepción de muestras LESP.

Por este medio me permito solicitar de su valioso apoyo, con el procesamiento de la **segunda toma de muestra** de la paciente **Lopez Molina Emma**, tomada el día 06 de enero del presente año en búsqueda de **Covid-19 e Influenza**, No omito mencionar que se trata de una **muestra valiosa** ya que es perteneciente de una paciente del cual **su estado de salud es grave y con mal pronóstico para la vida**, la fecha de ingreso al Hospital General IMSS - BIENESTAR Acapulco fue el día 30 de diciembre del 2025, en donde ingresó con el diagnóstico Probable de **Covid-19**, el inicio de signos y síntomas fue el día 27 de diciembre del 2025, presentando fiebre, tos, cefalea, disnea, dolor torácico, escalofríos, odinofagia, mialgias, artralgias, ataque al estado en general, rinorrea y polipnea. Por este motivo tan importante, se enfatiza sobre la importancia de obtener un resultado para poder determinar el tratamiento y así mismo la toma oportuna de decisiones para la prevención de diseminación hospitalaria.

Sin otro particular le envío un cordial saludo, esperando vernos favorecidos en nuestra solicitud.

ATENTAMENTE



2026
año de
Margarita
Maza

Hospital General
IMSS-BIENESTAR
Acapulco



2026

ASUNTO: Procesamiento de muestra.
Acapulco Gro., a 08 de enero del 2026

IBQ, Miguel Angel Cabrera Hernandez
Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP)
Presente

CAT. LIC. María Laura Jaimes Catalán.
Responsable de la coordinación
Y recepción de muestras LESP.

Por este medio me permito solicitar de su valioso apoyo, con el procesamiento de la **segunda toma de muestra** de la paciente **Lopez Molina Emma**, tomada el día 06 de enero del presente año en búsqueda de **Covid-19 e Influenza**, No omito mencionar que se trata de una **muestra valiosa** ya que es perteneciente de una paciente del cual **su estado de salud es grave y con mal pronóstico para la vida**, la fecha de ingreso al Hospital General IMSS - BIENESTAR Acapulco fue el día 30 de diciembre del 2025, en donde ingresó con el diagnóstico Probable de **Covid-19**, el inicio de signos y síntomas fue el día 27 de diciembre del 2025, presentando fiebre, tos, cefalea, disnea, dolor torácico, escalofríos, odinofagia, mialgias, artralgias, ataque al estado en general, rinorrea y polipnea. Por este motivo tan importante, se enfatiza sobre la importancia de obtener un resultado para poder determinar el tratamiento y así mismo la toma oportuna de decisiones para la prevención de diseminación hospitalaria.

Sin otro particular le envío un cordial saludo, esperando vernos favorecidos en nuestra solicitud.

ATENTAMENTE



Dr. Raymundo Cruz Segura
Jefe de Epidemiología
del Hospital General IMSS-BIENESTAR Acapulco
C.C.P. MEDICARIO.

DEPARTAMENTO
DE EPIDEMIOLOGÍA



2025
año de
La Mujer
Indígena

ELABORÓ: Abil Carmine Diego Veneno - Capitulista del Departamento de Epidemiología del Hospital General IMSS - BIENESTAR Acapulco.

CARRETERA FEDERAL MEDIO ACAPULCO LOTE 1-2, SECCIÓN LOS ORIZANTES, COL. YTD LOC. POBLADO EL QUERRERO, C.P. 39005
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA, Correo: epidemiologia@hacapulco.gob.mx Teléfono: 74 44 53 22 77 Ext. Int. 1004



Inicio de la enfermedad

**Días de
evolución**

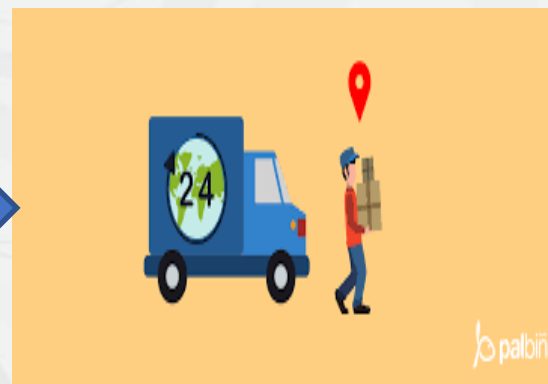


Día de la toma de muestra



Día de la toma de muestra

**Días de
transito**



Día de llegada a ReMu LESP Guerrero

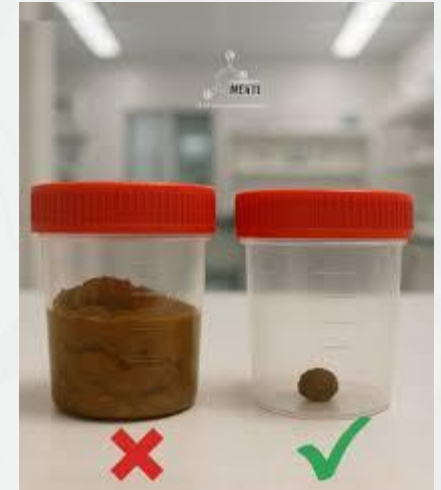


Tipo de muestra:

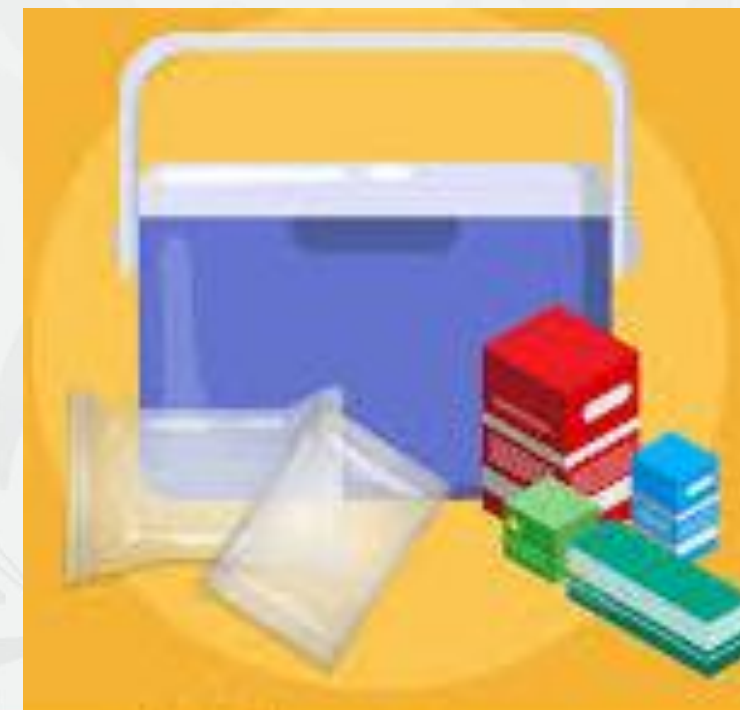


TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



2026
año de
Margarita
Maza



Triple embalaje



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



2026
año de
Margarita
Maza

Tuberculosis:



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

APP:
Antecedentes de importancia
Cronico-Degenerativas: DM2 78 años / Hc! Aprego al Tx
se trata de paciente femenino de la 5ta decada
de la vida la cual inicio tratamiento
Chihuahua donde se encontro con infeccion de TB
activa iniciada con tratamiento estrictamente
vigilado, Acudiendo a esta unidad en julio de 2025
reiniciando con tratamiento, mejorando progresivamente.
Al dia de hoy con muestras de esputo negativa
y habiendo culminado tratamiento, se encuentra
mejora.

Jessé Flores Leyva

7503 ofc 000131

SECRETARÍA DE SALUD
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
"DR. GARCÍA ROBERTO Y PARRA"
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
LABORATORIO DE MICOBACTERIAS

614MC82

ARA CULTIVOS Y BACILOSCOPIAS DE TUBERCULOSIS
VERSION: 07
EMISIÓN: 22-03-22

NUM.DE FOLIO DE PLATAFORMA TB 977010

DATOS DE LA UNIDAD
UNIDAD DE SALUD: 03 centro
MUNICIPIO: Chilapa de Álvarez
LOCALIDAD: Tlaxiangua

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRE: Nava Castro Alicia
EDAD: 39
DOMICILIO: Zinacatlá
LOCALIDAD: Zinacatlá
MUNICIPIO: Chilapa de Álvarez
SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE: HOSPITALIZACIÓN: SI () NO (X) NUM.DE EXPEDIENTE 361
VIH/SIDA () DIABETES MELLITUS () ADICIONES () CÁNCER () OTROS:

ESTUDIOS SOLICITADOS
CULTIVO DE DIAGNÓSTICO: () CULTIVO DE CONTROL: () XPERT MTB/RIF: ()
BK DE DIAGNÓSTICO: 1a () 2a () 3a () 4a () 5a () 6a ()
BK DE CONTROL: 1a () 2a () 3a () 4a () 5a () 6a ()

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA
EXPECTORACIÓN (X) LIQUIDO CEFALORRAQUÍDEO () LIQUIDO PLEURAL ()
JUGO GÁSTRICO: 1a () 2a () 3a () ORINA: 1a () 2a () 3a () 4a () 5a () 6a ()
BIOPSIA DE: SECRECIONES / OTRAS: (Indicar tipo de muestra)
FECHA Y HORA DE TOMA: 20-01-2026 6:00am. FECHA DE ENVÍO: 20-01-2026

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Tuberculosis pulmonar
RESULTADOS DEL LABORATORIO LOCAL: BK DE DIAGNÓSTICO: BK(s) DE CONTROL:
ESTUDIOS(S) SOLICITADOS(S): CULTIVO(X) XPERT MTB/RIF() TIPIFICACIÓN() PRUEBAS DE SENSIBILIDAD()
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: CASO PROBABLE DE TB () CONTACTO TB SENSIBLE () CONTACTO TB MDR () CASO MDR ()
FRACASO A TRATAMIENTO PRIMARIO () FRACASO A RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO () CONTROL DE TRATAMIENTO ()
CORROBORACIÓN DE CURACIÓN (X) ABANDONO () RECAIDA () RECONQUISTA () OTRO: 20 ENE 2026
TRATAMIENTO ACTUAL O TRATAMIENTO(S) RECIBIDO(S):
TAES PRIMARIO (X) ESTANDARIZADO DE 2a LINEA () RETRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO ()
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: 21-07-2025 FECHA DE TERMINO DE TRATAMIENTO: 19-01-2026

ANEXAR RESUMEN CLÍNICO COMPLETO E HISTORIAL FARMACOLÓGICO AL REVERSO DE ESTA.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Jessé Flores Leyva
TELÉFONO: 756-17-3506 E-mail:

NOTA: El formato debiera enviarse llenado en su totalidad y con letra legible.

SUSTITUYE A VERSIÓN: 06 EXPIRACIÓN: 22-03-25

JURISDICCIÓN SANITARIA
03 CENTRO
R-01 TLAXIANGA PÁGINA 1 DE 1
MPIO. DE CHILAPA DE ÁLVAREZ
CLUES: GR55A003633



2026
año de
Margarita
Maza

Hepatitis:



2026
año de
Margarita
Maza

J.503 3.6^{cc}
04/0092

SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

SURVE-2-2019

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD
 UNIDAD NOTIFICANTE: JURISDICCIÓN: UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: 3 CLAVE DE LA UNIDAD:
 LOCALIDAD: CHILPANCINGO MUNICIPIO: CHILPANCINGO JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: 3
 ENTIDAD O DELEGACIÓN: GUERRERO INSTITUCIÓN: SSA

FECHA DE NOTIFICACIÓN: 1 5 0 1 2 6 INICIO DE ESTUDIO: 1 5 0 1 2 6 TERMINACIÓN DE ESTUDIO:
 Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

DIAGNÓSTICO PROBABLE: HEPATITIS B DIAGNÓSTICO FINAL:

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO
 Nombre: MORALES SANCHEZ KAREN ALEJANDRA Num. de afiliación o expediente:
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre
 Sexo: M ☐ F ☒ Edad: Años 3 8 Meses ☐ ☐ Días ☐ ☐ FN: 23/10/1987
 Lugar de residencia: CALLE PRINCIPAL SIN NUMERO CHILPANCINGO DE LOS BRAVOS
 Calle y Núm. o Lugar de Residencia
 CHILPANCINGO GUERRERO CHILPANCINGO: 2221121123
 Municipio Clave Entidad Clave Colonia o Localidad C.P. Teléfono (x)

III.a DATOS CLÍNICOS
 Fecha de inicio de signos y síntomas: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Día Mes Año
 Signos y síntomas: ASINTOMÁTICO

III.b TRATAMIENTO

IV. LABORATORIO Y GABINETE

Estudio	T	Fecha			Resultados			
		Día	Mes	Año				
HEPATITIS B	PR	1	2	0	1	2	6	REACTIVO
HEPATITIS B	CF	1	6	0	1	2	6	

V. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (marque con una "X")
 PROCEDENCIA: Local ☒ Importado ☐
 Indique el lugar de procedencia para caso importado
 Localidad Municipio Estado
 Período de estancia en esa localidad
 Llegada: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Salida: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Día Mes Año Día Mes Año
 FUENTE DE INFECCIÓN. Investigada Confirmada
 (marque con una "X")
 Otra persona ☐ ☐
 Alimentos ☐ ☐
 Agua ☐ ☐
 Fomites ☐ ☐
 Animales ☐ ☐
 Otras ☐ ☐
 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN: (marque con una "X")
 Persona a persona ☐ ☐
 Aérea ☐ ☐
 Digestiva ☐ ☐
 Fomites ☐ ☐
 Vectores ☐ ☐
 Otros ☐ ☐

Hep-01

2
14:46

T* Tipo: PR= Preliminar CF= Confirmatorio CT= Control
 ESTE FORMATO SE REQUISITA POR CUADRUPLICADO: ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE, UNA COPIA PARA LA JURISDICCIÓN SANITARIA RESPECTIVA,
 OTRA COPIA PARA EL NIVEL ESTATAL Y LA ÚLTIMA COPIA PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

VIH:



2026
año de
Margarita
Maza

Salud SEDENA MARINA SINDIF INPI

734V45

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nº APLICACIÓN: 1907722026

FECHA DE NACIMIENTO: 01/03/1992

ESTADO: GUERRERO MUNICIPIO: ACAPULCO

SEXE AL NACIMIENTO: Femenino

2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

1. COMPORTAMIENTO SEXUAL

A. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES: ☒ SI ☐ NO

B. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES: ☒ SI ☐ NO

C. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS QUE SON:

3. HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: ☒ SI ☐ NO

4. ES UNA PERSONA HEMOFÍLICA: ☐ SI ☒ NO

5. ES UNA PERSONA USUARIA DE DROGAS INYECTABLES: ☐ SI ☒ NO

6. HA DONADO SANGRE: ☒ SI ☐ NO

7. HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ORGANOS, TISSUOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: ☐ SI ☒ NO

8. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: ☐ SI ☒ NO

9. SUEPCHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: ☐ SI ☒ NO

10. MECANISMO DE TRANSMISIÓN

1. SEXUAL ☒ 2. TRANSFUSIONAL ☐ 3. DROGAS INYECTABLES ☐ 4. OCUPACIONAL ☐ 5. VERTICAL ☐ 6. SECRECIONES ☐

GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO SECRETARÍA DE SALUD EPIDEMIOLOGÍA

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA PARA LA DETECCIÓN DE VIH

JURISDICCIÓN SANITARIA: 07 UNIDAD MÉDICA: HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO

El que suscribe W07722026 edad 33 años

Fecha de nacimiento 01.03.1992 con dirección C. Principal Manz 2 19 3/2 cumbres de Nana Largo Acapulco Guerrero manifiesto que he recibido asesoría e información acerca de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Además, tuve la oportunidad de hacer algunas preguntas que fueron satisfactoriamente respondidas por el personal de este centro de información y detección.

Así mismo, he recibido información acerca de las ventajas de realizarse la prueba sanguínea para la detección del VIH, así como el significado de un resultado negativo y positivo.

Me han informado también que todos los datos que proporcione serán utilizados de manera estrictamente confidencial y si es mi voluntad, considerarlos de manera anónima.

Por tanto, doy mi consentimiento para que se me realice la prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y así mismo si fuera necesario se me sea contactado al número telefónico 7442981824 que dejo de referencia.

Solicitante W07722026 Médico responsable Sergio Armando Nava Cuevas

NOMBRE Y/O FIRMA NOMBRE Y/O FIRMA

Lugar y fecha: 21/01/2026

Ofic 000018 1503 4.5

SECRETARÍA DE SALUD INSTITUTO D 161V13 Centro Naci

ión de la Salud Control de Enfermedades IA EPIDEMIOLÓGICOS Salud 2026

7500 Fax: (5123) 5341-1108, 5342-1230

FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD

PERSONA RESPONSABLE DEL ENVÍO: DR CARLOS RICO BARRERA

CALLE: AV. GUERRERO No. 45 COLONIA: CENTRO

POBLACIÓN: CHILPANCINGO ESTADO: GERO C.P. 39000

TEL: 74213 2 64 41 FAX: (Indispensable) E-mail:

DATOS DEL PACIENTE (PERRO CON SINTOMATOLOGÍA)

NOMBRE O CLAVE: PERRO HEMBRA 8 AÑOS DE EDAD PARA PIT BULL

DOMICILIO: COLOR NEGRO CON BLANCO LOCALIDAD: CHILPANCINGO

MUNICIPIO: CHILPANCINGO ESTADO: GUERRERO

EDAD: 8 AÑOS O FECHA DE NACIMIENTO: / / SEXO: ☒ M ☒ F HOSPITALIZACIÓN: ☐ SI ☒ NO SITUACIÓN DEL PACIENTE: ☒ VIVO ☒ MUERTO

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA

TIPO: ☒ PLASMA ☐ SUERO ☐ ORINA ☐ CEPAS ☐ LCR ☐ ESPUTO ☐ CON SANGRE ☐ MUCOPURULENTO ☐ SALIVA ☐ EXUDADO FARINGEO ☐ EXUDADO NASOFARINGEO ☐ BIOPSIA ☐ LAMINILLA ☐ IMPRONTA ☐ SANGRE ☐ PIEL ☐ TEJIDO CEREBRAL ☐ PIEL CABELLUDA ☐ LAVADO NASOFARINGEO ☐ HECEAS ☐ SÓLIDAS ☐ PASTOSAS ☐ LÍQUIDAS

OTRAS:

Única fecha de toma: 09/10/2026 fecha de toma: 2a fecha de toma: 3a fecha de toma: 4a fecha de toma:

☒ SUFICIENTE ☐ INSUFICIENTE ORIGEN: ☐ HUMANA ☒ ANIMAL ☐ ALIMENTO ☐ AGUA

OTRA(S):

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: VIRUS Rabia VIVE EN ZONA ENDÉMICA: NO

ESTUDIO(S) SOLICITADO(S): INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA

ESTUDIOS REALIZADOS PREVIAMENTE: NINGUNO

JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☐ BANCO DE SUEROS DE REFERENCIA Resultado(s) del diagnóstico local

☐ DIAGNÓSTICO ☐ REFERENCIA ☐ CONTROL DE CALIDAD 1r.

☐ BROTE ☐ CONTROL DE TRATAMIENTO ☐ ENCUESTA O INVESTIGACIÓN 2r.

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: 05/10/2026 DE ENVÍO: 09/10/2026 DE RECEPCIÓN: 09/10/2026

FECHA INICIO DE PARÁLISIS: 07/10/2026 ¿HA ESTADO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? ☐ SI ☒ NO ☐ SE IGNORA

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: Y

¿EFECTUO ALGÚN VIAJE LOS DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD? ☐ SI ☒ NO ¿CUÁNTOS DÍAS ANTES? ESPECIFIQUE

LOS LUGARES VISITADOS: ENGESTION DE LACTEOS ☐ SI ☒ NO

EXPOSICIÓN CON ANIMALES: ☐ SI ☒ NO ESPECIE: SE IGNORA

EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE: ¿SUFRIÓ AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SEÑALADO? ☐ SI ☒ NO

SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL ANIMAL:

EDAD DEL ANIMAL: FECHA DE MUERTE DEL ANIMAL: CAUSA DE LA MUERTE:

TIPO DE VACUNA: FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: No. DE CASO:

DATOS CLÍNICOS DEL ANIMAL: ☒ AGRESIVIDAD ☐ FOTOFobia ☐ AEROFobia ☐ HIDROFobia ☐ SALINACIÓN PROFUSA

☒ INCOORDINACIÓN ☐ PARÁLISIS ☐ AGRESOR ☐ VÍCTIMA

Rabia



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



2026
año de
Margarita
Maza

Rotavirus y EDA (colera-entero)



2026
año de
Margarita
Maza

4 Navil 3.1°C
CF: 1966

SAUD
J. GUSTAVO CORTES MEMIJE
60586V751

AR
SEDESOL
IMSS
DIF

DIARREAS

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

SISTEMA DE VIGILANCIA AL QUE PERTENECE EL CASO: Cólera NuTraVE: Sí Monitoreo

No. de afiliación o expediente Tipo de derechohabiente SEMAR Folio DIA25-273089

Primer Apellido CORTES Segundo Apellido MEMIJE Nombres MAARCO GUSTAVO

REC CURP COMM240831HGRRMR02

Fecha de nacimiento 31/08/2024 Entidad de nacimiento GUERRERO Sexo Masculino 1 Años 3 Meses

Ocupación NO APLICA

Residencia Actual SEMIURBANA Teléfono: 5655120782

Calle: 6 DE ENERO No. Exterior: SN No. Interior: Colonia: LOS REYES CP 0

Entidad Federativa: GUERRERO Jurisdicción: COSTA GRANDE Municipio: COYUCA DE BENITEZ

Localidad: BAJOS DEL EJIDO Entre calle: 20 DE NOVIEMBRE Y Calle: AMPLIACION LOS RE

¿Se conoce como indígena?: No ¿Habla lengua indígena?: No ¿Cuál?:

¿Es un caso binacional?: No País: Estado o ciudad:

En caso de ser menor de edad, nombre del padre o tutor: (Aplica para monitoreo 2%): KENIA MEMIJE MEMIJE

¿Es migrante?: No País de nacionalidad: País de origen:

País de tránsito en los últimos 3 meses: 1: 2:

3: 4: Fecha de ingreso al país:

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

CLUES: GR5MA000015 Entidad: GUERRERO Jurisdicción: ACAPULCO

Municipio: ACAPULCO DE JUAREZ Localidad: ACAPULCO DE JUAREZ Institución: SEMAR

Nombre de la unidad: HOSPITAL NAVAL DE ACAPULCO Servicio de ingreso: HOSPITALIZACIÓN

Fecha de primer contacto con servicios de salud: 06/12/2025 Fecha de captura: 08/12/2025 Semana de notificación: 49

III. DIAGNOSTICOS

Dx Probable: SÍNDROME DIARREICO EN ESTUD Dx Final: Fecha de Dx Final:

IV. ANTECEDENTE VACUNAL (EN MENORES DE 5 AÑOS SOLO NuTraVE)

¿Cuenta con aplicación de vacuna contra rotavirus?: Se ignora Fuente: Comprobante

Rotarix 1ra. dosis: Rotarix 2da. dosis:

Rotateq 1ra. dosis: Rotateq 2da. dosis: Rotateq 3ra. dosis:

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Ha visitado otros lugares en los últimos 30 días?: No Fecha en que visitó:

Procedencia:

Si salió a otro País, ¿Cuál País?: Ciudad o lugar:

Si salió a otro Estado, ¿Cuál Estado?: Municipio: Localidad:

FACTORES ASOCIADOS

Diabetes Mellitus: No Desnutrición: No Embarazo: No Enfermedades oncológicas: No Otras inmunosupresoras: No

Hipertensión: No VIH/SIDA: No Se ignora: Si Ninguna: No Otra: No Especifique:

¿Existen enfermos similares en la localidad?: No Especifique el lugar: Especifique:

¿El caso pertenece a un PB brote ya identificado?: No

Alimentos consumidos en los últimos cinco días:

Tipos de alimentos: Pescados: Si Mariscos: NO Carnes: NO Fruta: Si

Verdura: Si Queso: Si Huevo: Si

Hielo: No Tipo de hielo: Especifique:

¿Algunos de los alimentos se consumieron crudos?: Si ¿Cuál?: FRUTA

Sitio de consumo o abasto de alimentos: Hogar: Si Escuela: No Guardería: No

Trabajo: No Reunión/Festejo: No Puesto ambulante: No

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
ESTADO DE GUERRERO
RECIBIÓ
09 DIC 2025
LABORATORIO HOSPITAL DE SALUD PUBLICA
ACAPULCO, GRO.

25-23



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

15/1/26, 19:53

==Seguimiento EFES==



4.62
Virología

Registro Seguimiento Reportes Catálogos Salir

INFORME DE SEGUIMIENTO DE CASOS DE EFES

FIDEL MELO FLORES



VIROLOGIA
ENF. FEBRILES EXANTEMATICAS

Apellido Paterno: MELO Identificador De Caso: 48090
CURP: ME11211218H00LLD Apellido Materno: FLORES Nombre(S): FIDEL

DATOS DE NACIMIENTO

Fecha de nacimiento: 15/12/2021 Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino Edad: 4 Años 0 Meses 30 Días

Estado: OAXACA Jurisdicción: MIXTECA Municipio: Selecciona

RESIDENCIA ACTUAL

SIN NOMBRAR LOCALIDAD SAN MIGUEL EL GRANDE LOCALIDAD SAN MIGUEL EL GRANDE GUERRERO Estado: GUERRERO
Calle y número: Selecciona Colonia: Selecciona Localidad: Selecciona

ALADO DE LA CAPILLA DE SAN MIGUEL Y calle: Código postal: Teléfono (LADA):

¿Se reconoce como indígena? ☒ Si ☐ No ☐ Se desconoce Habla lengua indígena: ☒ Si ☐ No Cult: Selecciona

¿Es migrante: ☐ Si ☒ No País de Nacionalidad: Selecciona

País de Origen: Selecciona

Países de tránsito en los últimos tres meses 1. Selecciona 2. Selecciona 3. Selecciona 4. Selecciona

Fecha de ingreso al país: Selecciona

Clave de la notificación

Clave de la unidad notificante: 120400000171 Estado notificante: GUERRERO Jurisdicción: MONTAÑA

Municipio: ALCOZAUCA DE GUERRERO Localidad: Selecciona Institución: IMSS_OPD

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MI CLUES: GRMB0098-2



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

EFE

<https://efe.sinave.gob.mx/Efes.Apl.Historial.aspx>

1/3



2026
año de
Margarita
Maza



15/1/26, 3:51 p.m. JS03 Ofc 000085 -- ETV - ETV -- 38° 1

SALUD **DGE** Enfermedades Transmitidas por Vector *Virología*

Buscar Registros | Seguimiento | Reportes | Salir

Identificador de Caso: 2051919 Buscar

Nombre(s): JESUS AVELAZ SALGADO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Estado: Probable

No de afiliación o expediente

NOMBRE: AVELAZ A. Paterno BALADO A. Materno JESUS Nombre(s) AABJ021221P58 RFC ABLAZJAS CURP

2. DATOS DE NACIMIENTO

Fecha Nac: 21/12/2002 Estado de Nacimiento: GUERRERO Municipio de Nacimiento: CHILAPA DE ALVAREZ

Sexo: Masculino 22 Años 0 Meses 0 Días

3. RESIDENCIA ACTUAL

Estado: GUERRERO Jurisdicción: ZONA CENTRO Municipio: CHILAPA DE ALVAREZ

Localidad: AYAHUALULCO Colonia: AYAHUALCO Pueblo

Calle: CALLE JUAN NALVAREZ Núm Ext: SIN Núm Int: SIN

Teléfono: 7451426785 Entre calle: CERCA DE TORRE DE TELC Y calle COL CENTRO C.P. 41110

4. LUGAR LABORAL

Calle y Num: Colonia: Estado:

Municipio: Localidad: Teléfono:

Ocupación: Choferes y operador de vehículos

¿Habla lengua indígena? NO ¿Cuál? ¿Es indígena? NO

¿Migrante? NO País de Nacionalidad: País de Origen: Países de tránsito en los últimos tres meses: Fecha de ingreso al país: Fecha de salida del país: Fecha de ingreso al país: Fecha de salida del país:

5. II. UNIDAD NOTIFICANTE

Entidad: GUERRERO Jurisdicción: ZONA CENTRO Municipio: CHILAPA DE ALVAREZ

Localidad: CHILAPA DE ALVAREZ Institución: IMSS_OPD CLUES: GRMB009436

Nombre de la Unidad: HOSPITAL GENERAL CHILAPA DE ALVAREZ PZC

Fecha de solicitud de atención: 13/01/2026 dd/mm/aaaa Fecha de primer contacto con los servicios de salud como caso probable de dengue con signos de alarma o grave: 13/01/2026 dd/mm/aaaa

Fecha de inicio de estudio: 13/01/2026 dd/mm/aaaa Fecha de notificación a la jurisdicción: 13/01/2026 dd/mm/aaaa

Fecha de notificación al estado: 13/01/2026 09:45:00 a. m. Fecha de notificación a la DGE: 13/01/2026 09:45:00 a. m.

Fecha de terminación del estudio: 13/01/2026 dd/mm/aaaa

Diagnóstico probable: DENGUE CON SIGNOS C Diagnóstico Final: Localización de lesiones:

6. III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ha salido de su lugar de residencia en los últimos cuatro semanas: NO

En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde:

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad:

Fecha de entrada: Fecha de salida: Tiempo de estancia:

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad:

Fecha de entrada: Fecha de salida: Tiempo de estancia:

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad:

Fecha de entrada: Fecha de salida: Tiempo de estancia:

Procedencia: De la jurisdicción: Clasificación: Autóctono: Contacto con animales: Mosquito Chinchu Garrapata Se desconoce: Ha tenido relaciones sexuales con personas enfermas de Zika: Existen enfermos similares en su localidad: SE IGNORA: Ha recibido transfusiones sanguíneas: NO: Antecedentes de muertes inusuales de animales: Equino Ave: Antecedente de vacunación: Fiebre amarilla: Dengue: NO: ¿Tiene acceso a agua potable permanente? NO: ¿Tiene cobertura de eliminación de basura? (al menos una vez por semana) NO: Esquema completo: Subclasificación de casos de Chagas: Tipo: Subclasificación de caso de Paludismo: Conjuntivitis Edema articular Prurito Poliartalgias severas Antrix 2 Adenomegalias 2 2 Anorexia 2 2 Cardiopatia dilatada 2 2 Chagoma de inoculación 2 2 Esplenomegalia 2

7. IV. CUADRO CLÍNICO

Fecha de inicio de signos y síntomas: 05/01/2026 dd/mm/aaaa Fiebre: 1

https://vectores.sinave.gob.mx/Sitio/Vectores/Seguimiento.aspx 1/3

Arbovirus



2026
año de
Margarita
Maza



ETV - ETV - ET

JORGE ALBERTO HERNANDEZ MARINO
7939PE423

PARASITOLOGÍA Y ENTOMOLOGÍA
CHAGAS

Identificador de Caso: 1940357 Nombre(s): JORGE ALBERTO HERNANDEZ MARINO

Registro Segimiento Reportes Salir

503 2-6°C ot. 0.021

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Estado: Guerrero

No. de afiliación o expediente: HERNANDEZ MARINO JORGE ALBERTO HERNANDEZ MARINO

NOMBRE: HERNANDEZ MARINO JORGE ALBERTO HERNANDEZ MARINO

A. Paterno: MARINO A. Materno: JORGE ALBERTO Nombre(s): HERNANDEZ MARINO

RFC: HEMJ20125BD08 CURP: HERNANDEZ MARINO JORGE ALBERTO

DATOS DE NACIMIENTO

Fecha Nac: 25/01/1982 Estado de Nacimiento: GUERRERO Municipio de Nacimiento: CHILPANGINGO DE LOS

Sevo: Masculino 43 Años 2 Meses Días

RESIDENCIA ACTUAL

Estado: GUERRERO Jurisdicción: ZONA CENTRO Municipio: CHILPANGINGO DE LOS

Localidad: CHILPANGINGO DE LOS Colonia: PRT Colonia

Calle: ANDADOR 21 DE MARZO Núm Ext: 70 Núm Int:

Teléfono: 7471363308 Entre calle: CIRCUITO 2 DE OCTUBRE Y calle: C.P. 30025

LUGAR LABORAL

Calle y Num: Colonia: Estado:

Municipio: Localidad: Teléfono:

Ocupación: Empleados

¿Habla lengua indígena? NO ¿Culi? ¿Es indígena? NO

¿Migrante? NO País de Nacionalidad: Selección:

País de Origen: Selección:

Países de tránsito en los últimos tres meses: 1. Selección: 2. Selección: 3. Selección:

Fecha de ingreso al país: dd/mm/aaaa

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Entidad: GUERRERO Jurisdicción: ZONA CENTRO Municipio: CHILPANGINGO DE LOS BRAVO

Localidad: CHILPANGINGO DE LOS BRAVO Institución: IMSS_OPD CLUES: GRIM0050401

Nombre de la Unidad: U-02 COLONIA MALTAMIRANO

Fecha de solicitud de atención: 31/03/2025 dd/mm/aaaa Fecha de primer contacto con los servicios de salud como caso probable de dengue con signos de alarma o grave: dd/mm/aaaa

Fecha de inicio de estudio: 31/03/2025 dd/mm/aaaa Fecha de notificación a la jurisdicción: 31/03/2025 dd/mm/aaaa

Fecha de notificación al estado: 31/03/2025 08:05:00 a.m. Fecha de notificación a la DGE: 31/03/2025 08:05:00 a.m.

Fecha de terminación del estudio: dd/mm/aaaa

Diagnóstico probable: ENFERMEDAD DE CHAGAS Diagnóstico Final: Selección: Localización de lesiones:

II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

¿Ha salido de su lugar de residencia en los últimos cuatro semanas? NO

En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde:

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad:

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa Tiempo de estancia: 0

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad:

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa Tiempo de estancia: 0

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad:

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa Tiempo de estancia: 0

Procedencia: De la jurisdicción: Clasificación: Autóctono: Otro: 15-554

Ex Esquema completo: Selección:

¿Tiene acceso a agua potable permanente? SI

¿Tiene cobertura de eliminación de basura? (al menos una vez por semana) SI

Ha padecido Paludismo (últimos tres años) Selección:

Subclasificación de caso de Paludismo: Selección:

Ha padecido Leishmaniasis en los últimos 6 meses Selección:

Subclasificación de casos de Chagas: Crónico asintomático

III. CUADRO CLÍNICO

(SI = 1, No = 2)

https://vectores.sinave.gob.mx/Sitio/Vectores/Seguimiento.aspx

1/3

Chagas



2026
año de
Margarita
Maza



IMPRESIÓN DE LA CÉDULA DEL PACIENTE (13/01/2026 10:12:05)

DATOS GENERALES

FOLIO: 12121742476

APELLIDO PATERNO: JUAREZ APELLIDO MATERNO: TENORIO NOMBRE: VICTORIA

CURP: JUTV381223MMCRNC FECHA DE NACIMIENTO: 23/12/1938

NACIONALIDAD: MEXICANA

ENTIDAD DE NACIMIENTO: MÉXICO

SEXO: FEMENINO ESTA EMBARAZADA?: NO

ENTIDAD DE RESIDENCIA: GUERRERO MUNICIPIO: ACAPULCO DE JUÁREZ

LOCALIDAD: ACAPULCO DE JUAREZ

CALLE MAR CASPIO NUMERO: 48

ENTRE QUE CALLES:

COLONIA: FRACC GRANJAS DEL MARQUEZ C.P.: 39890 TELEFONO: 7443832068

SE RECONOCE COMO INDIGENA?: NO HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?: NO

OCCUPACION: HOGAR

DATOS CLÍNICOS

SERVICIO: URGENCIAS ADULTOS

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: 12/01/2026

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: 09/01/2026

A PARTIR DE LA FECHA 09/01/2026 TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

INICIO SUBITO DE LOS SÍNTOMAS?	SI
FIEBRE	SI
TOS	SI
CEFALEA	SI
DISNEA	SI
IRRITABILIDAD	NO
DIARREA	NO
DOLOR TORÁCICO	NO
ESCALOFRIOS	NO
ODINOFAGIA	NO
MALGAS	NO
ARTRALGIAS	NO
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	NO
RINORREA	NO
POLIPNEA	SI
VÓMITO	SI
DOLOR ABDOMINAL	NO
CONJUNTIVITIS	NO
CIANOSIS	NO
ANOSMIA	SE IGNORA
DISGEUSIA	SE IGNORA

COMORBILIDAD:

DIABETES	NO
EPOC	NO
ASMA	NO
INMUNOSUPRESIÓN	NO
HIPERTENSIÓN	NO
VIRSIDA	NO
OTRA CONDICIÓN	NO
ENF. CARDIOVASCULAR	NO
OBESIDAD	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	NO
TABAQUISMO	NO
OTROS	NO

OTRO		SE IGNORA
DIAGNOSTICO PROBABLE: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)		
TRATAMIENTO		
DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO?:	NO	
SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANOS?:	NO	
SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES?:	NO	
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS		
TUVO CONTACTO CON OTROS CASOS DE INFLUENZA 2 SEMANAS PREVIAS?: NO		
DURANTE LAS SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS TUVO CONTACTO CON:		
AVES	NO	
CERDOS	NO	
OTRO ANIMAL		
REALIZÓ ALGUN VIAJE ENTRE EL 2 DE ENERO DEL 2025 Y EL 9 DE ENERO DEL 2026?:	NO	
RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL?:	SI	
FECHA DE APLICACIÓN DE VACUNA ESTACIONAL:	15/12/2025	
PRUEBA DE ANTÍGENO COVID 19		
SE LE TOMÓ MUESTRA AL PACIENTE?:	NO	
PRUEBA DE LABORATORIO DE PCR		
SE LE TOMÓ MUESTRA AL PACIENTE?:	SI	
RESULTADO DE LA MUESTRA:	PENDIENTE	
RESULTADO DEL CASO: PENDIENTE		
LABORATORIO:	GUERRERO	
TIPO DE MUESTRA:	EXUDADO NASOFARÍNGEO	
FECHA:	12/01/2026	
VACUNA COVID-19		
RECIBIO VACUNA CONTRA COVID-19?:	SI	
MARCA: PFIZER BIONTECH		
FECHA DE APLICACIÓN 1RA DOSIS:	20/07/2025	
RECIBIO DOSIS DE REFUERZO CONTRA COVID-19?:	NO	
EVOLUCIÓN		
EVOLUCIÓN:	CASO GRAVE	INTUBADO: NO
DIAGNOSTICO CLINICO DE NEUMONIA: NO		



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

ERV



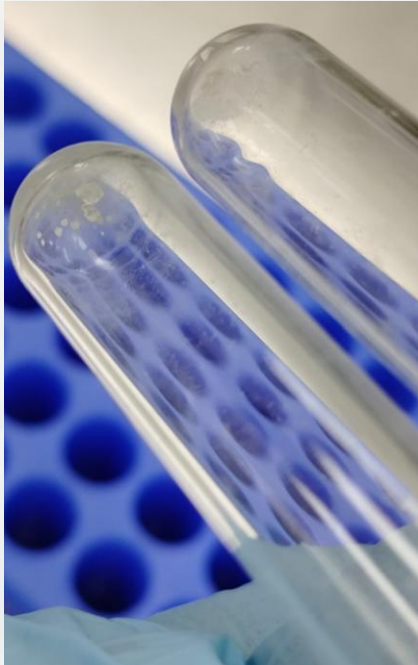
2026
año de
Margarita
Maza

Ejemplos de rechazos



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

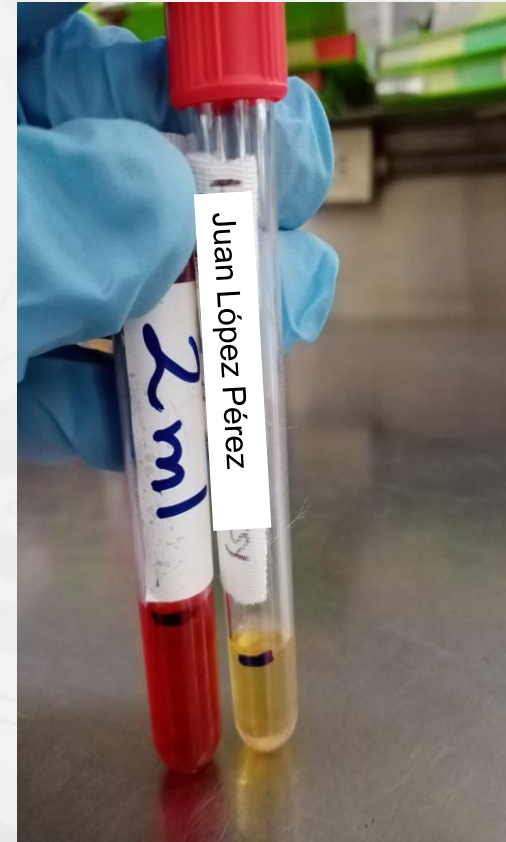
SECRETARÍA DE
SALUD



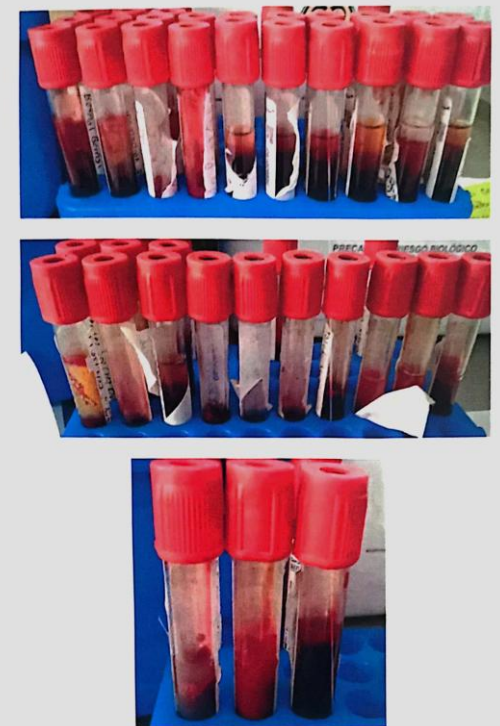
Muestra sin medio de transporte



Rechazo por muestra con incongruencia de datos (Doble etiqueta)



Rechazo por cantidad insuficiente



RECHAZOS: 61039 – 61047, 61049 – 61061, 61134

Rechazo por muestras hemolizadas



Muestra sin refrigerantes

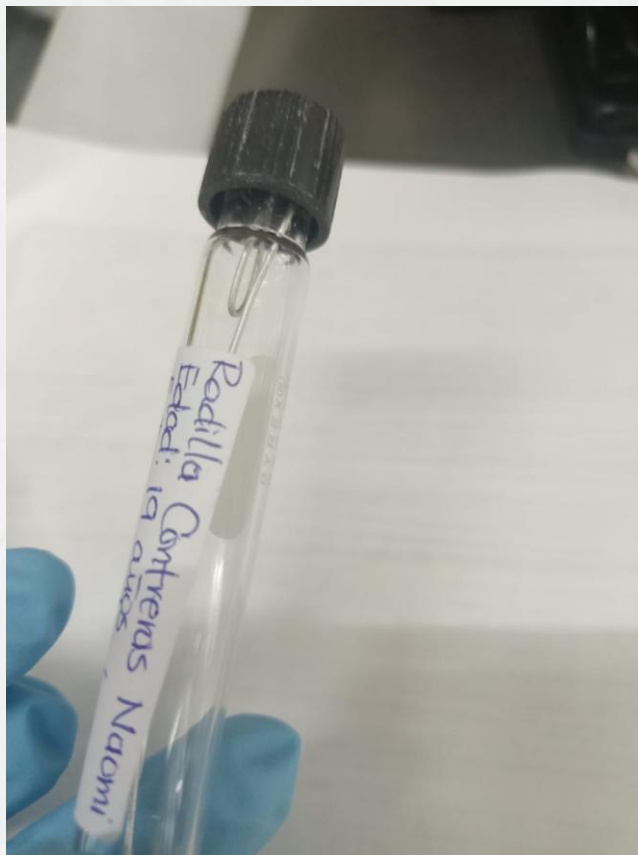


Temperatura no adecuada
(fuera de rango de red fría)



Cepillo en viales de VPH





Mango del hisopo doblado



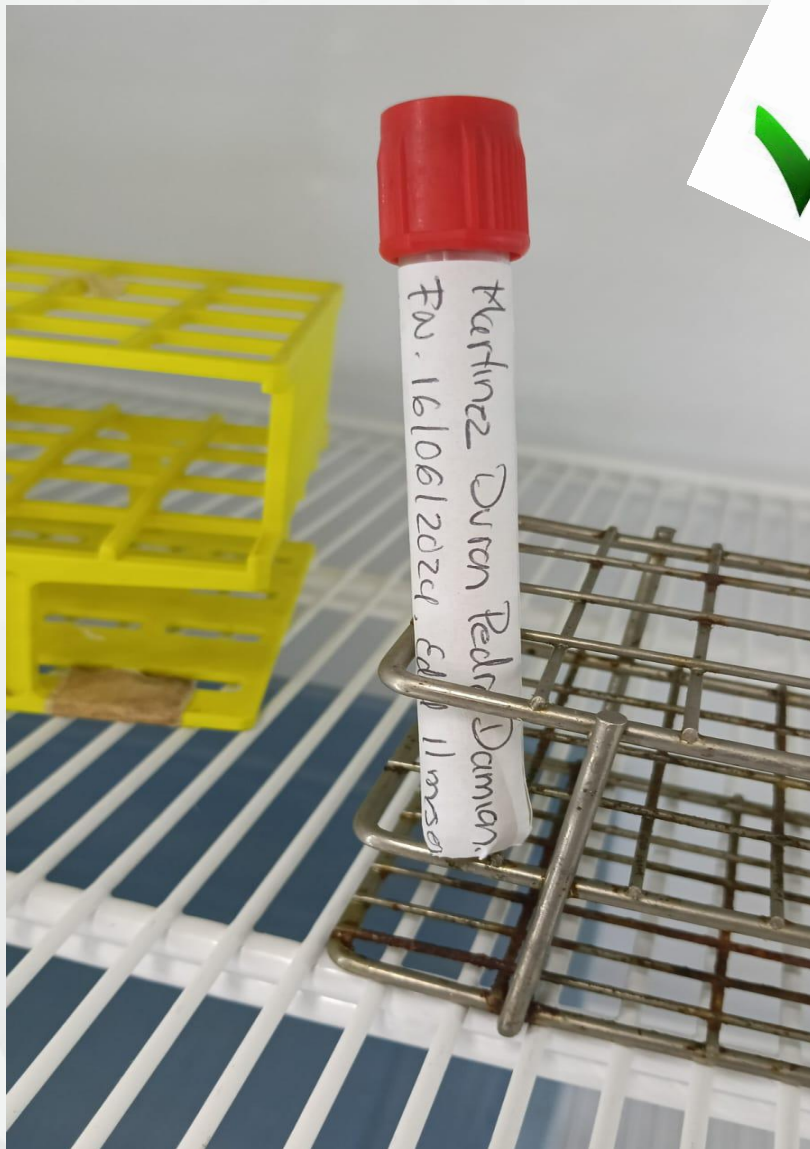
Sin triple embalaje y no van en red fría





No hay retenciones de muestras







CORRESPONSABILIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO

Responsabilidad compartida con otra u otras personas, donde todos tienen un objetivo en común.

Otorgar un resultado confiable y oportuno



2026
año de
Margarita
Maza





TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

Gracias



2026
año de
Margarita
Maza