



REQUISITOS PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LESP GUERRERO

DSP. CITLALLI TORNEZ BENITEZ



22 DE ENERO DE 2026

OBJETIVO DEL PROCESO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ATENCIÓN AL PÚBLICO

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.

¿QUÉ ES EL REGISTRO SIGECOM?

Es el registro del **S**istema para la **GE**stión y **CO**ntrol de **M**uestras, el cual está conformado de la siguiente manera:

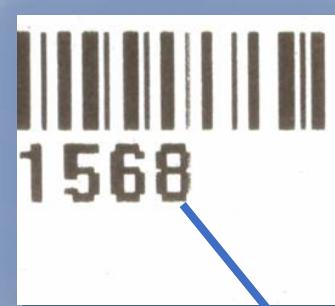
Ejemplo:



Total de muestras
Ingresadas al LESP.



Clave de Laboratorio



No. de muestras
Ingresadas al
Laboratorio

PROCESO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS



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.



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



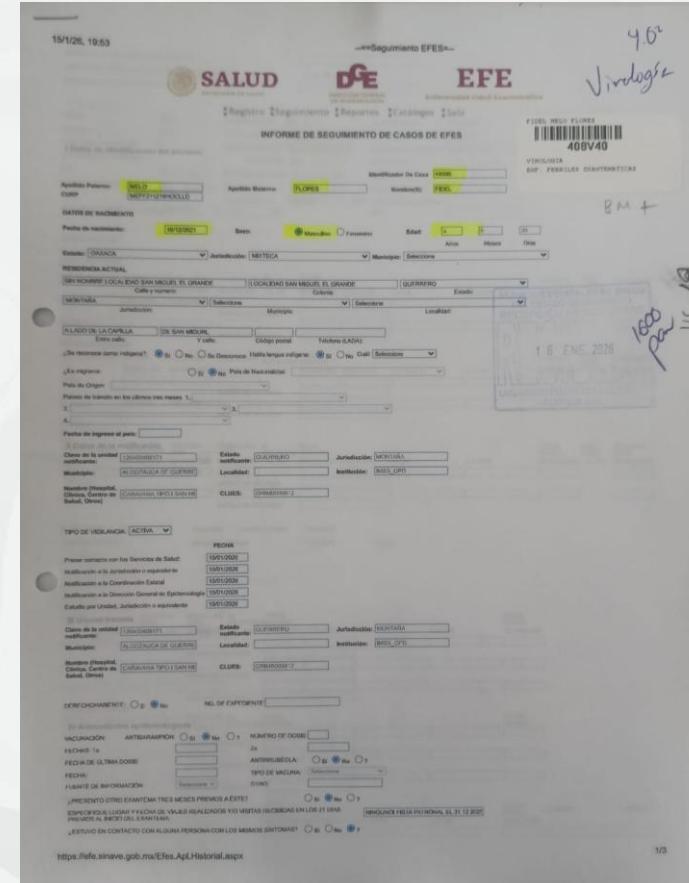
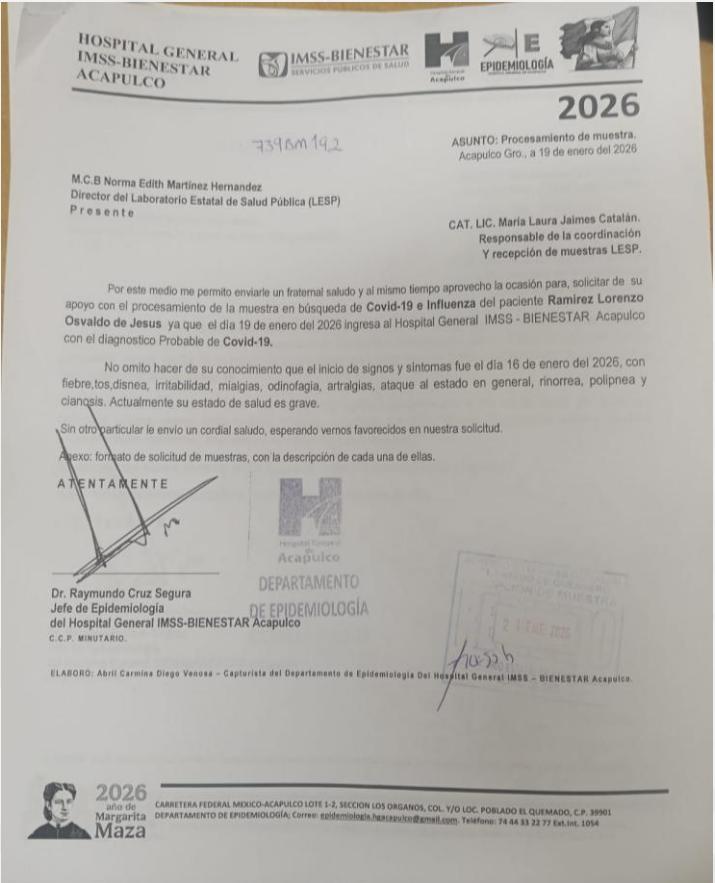


Recepción de la muestra
por parte del personal
del Laboratorio



Entrega de resultado a
nuestros usuarios.

Documentos requeridos:



2026
año de
Margarita
Maza

NOMBRE

DIAGNÓSTICO

MUESTRA

FECHA DE TOMA

Muestra de alto valor epidemiológico o concesionada:



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 dia 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



Hospital General
IMSS-BIENESTAR
Acapulco

IMSS-BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

EPIDEMIOLOGÍA

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 dia 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 dia 30 de diciembre del 2025, en donde ingresó con el diagnóstico Probable de **Covid-19**, el inicio de signos y síntomas fue el dia 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. MINUTARIO.
DEPARTAMENTO
DE EPIDEMIOLOGÍA

ELABORÓ: Abigail Camino Diego Venegas - Capitularia del Departamento de Epidemiología Del Hospital General IMSS - BIENESTAR Acapulco.

2025
Año de La Mujer Indígena
CARRERAS FEDERAL MEDICO-ACAPULCO 107 E-2, SECCION 105 OFICINAS, COL. VIEJO LOTE, PONDERO B. QUIMILO, CP. 39000
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA, Correo: epidemiologia.hanacolos@imss.gob.mx Teléfonos: 74-44-33 22 77 Ext. 1054



Inicio de la enfermedad

Días de evolución



Día de la toma de muestra



Día de la toma de muestra

Días de transito



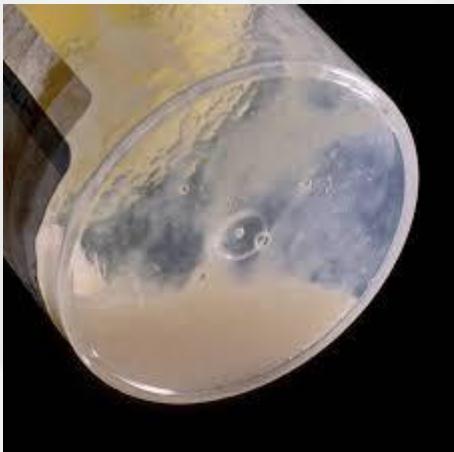
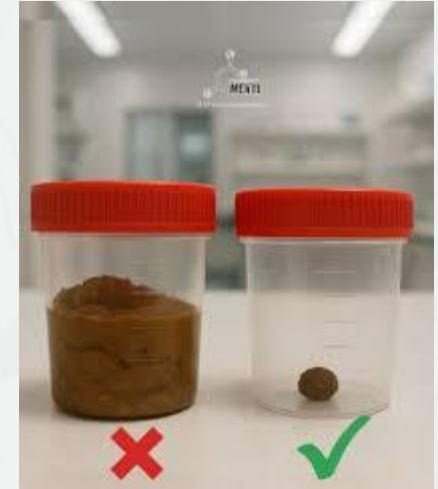
Día de llegada a ReMu LESP Guerrero

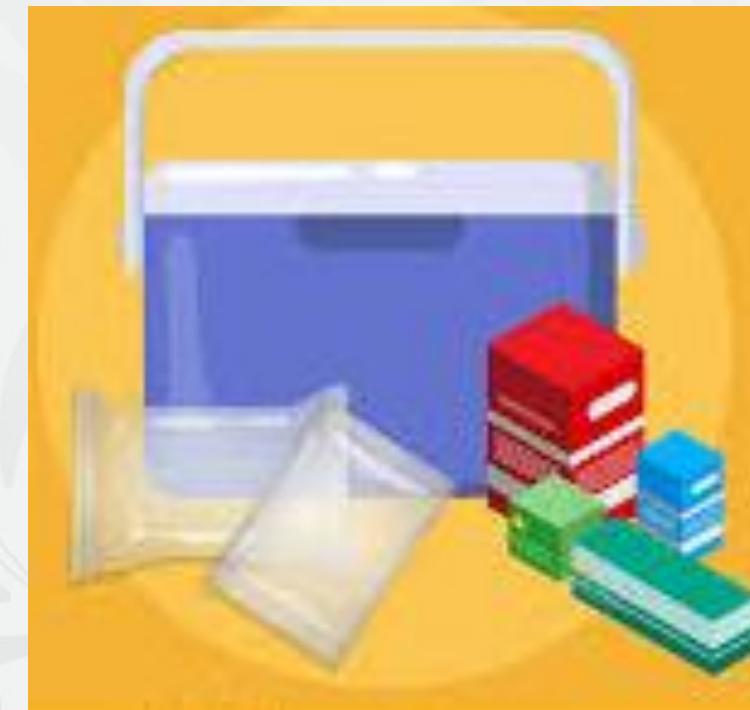
Tipo de muestra:



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD





Triple embalaje



Tuberculosis:



SECRETARÍA DE
SALUD

APP:
Antecedentes de importancia
Cronico-Degenerativas: DMC 78 años / Mx1 Apego al tabaco
se hace da la paciente fumando de la 5ta decada
de la vida la cual inicio tratamiento
Chihuahua donde se encontro con Infección de TB
activa iniciada con tratamiento estrictamente
vigilado. Acudiendo a esta unidad en inicio de 2025
reiniciando con tratamiento mejorando progresivamente.
Al dia de hoy con muestras de esputo negativa
y habiendo culminado tratamiento, se encuentra
mesona.

Jesús Flores Leyva

132
7503 ofic 000131
SECRETARÍA DE SALUD
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
"DR. GALLO SOBERAN Y PARRA"
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
LABORATORIO DE MICOBACTERIAS
CULTIVOS Y BACILOSCOPIAS DE TUBERCULOSIS
VERSIÓN: 07
EMISIÓN: 22-03-22
NUM. DE FOLIO DE PLATAFORMA TB 977020

DATOS DE LA UNIDAD SANITARIA
UNIDAD DE SALUD: COPRO DE Tlaxiangua
JS: 03 centro MUNICIPIO: Chilapa de Alvarez LOCALIDAD: Tlaxiangua

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRE: Jesus Apellido Paterno: Leyva Apellido Materno: Castro
TELÉFONO: —
EDAD: 39
DOMICILIO: Zinacantla
LOCALIDAD: Zinacantla MUNICIPIO: Chilapa de Alvarez
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) LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO () LÍQUIDO PLEURAL ()
JUGO GASTRICO: 1a() 2a() 3a() ORINA: 1a() 2a() 3a() 4a() 5a() 6a()
BIOSPIA DE: SECRECIONES/OTRAS: (Indicar tipo de muestra)

FECHA Y HORA DE TOMA: 20-01-2026 6:00 am. 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 () CONTACTO CASO MDR ()
RECEPCIÓN DE: 12/01/2026
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 24 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: Jesus Flores Leyva
TELÉFONO: 756-117-3506 E-mail: _____
NOTA: El formato deberá 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: GRSSA003633



Hepatitis:

J.503 3.6^{ee}
01/0092

SALUD

ESTUDIO DE HEPATITIS B

SUIVE-2-2019

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

UNIDAD NOTIFICANTE: JURISDICCIÓN: 3 CLAVE DE LA UNIDAD:
LO CALIDAD: 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: 1 5 0 1 2 6

DIAGNÓSTICO PROBABLE: HEPATITIS B DIAGNÓSTICO FINAL:

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre: MORALES SANCHEZ KAREN ALEJANDRA Núm. de afiliación o expediente:

Apellido Paterno: MApellido Materno: Sanchez Nombre: Karen Alejandra

Sexo: M F Edad: 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 Municipio: CHILPANCINGO Clave: CHILPANCINGO Colonia o Localidad: CHILPANCINGO C.P.: 2221121123 Teléfono (s): 2221121123

III.a DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de signos y síntomas: 1 5 0 1 2 6
Signos y síntomas: ASINTOMATICO

III.b TRATAMIENTO

IV. LABORATORIO Y GABINETE

Estudio	T	Fecha	Resultados
		Diá 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: 1 6 0 1 2 6 Salida: 1 6 0 1 2 6

FUENTE DE INFECCIÓN: Investigada Confirmada

(marque con una "X")

Otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fomites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN: (marque con una "X")

Persona a persona
Aérea
Digestiva
Fomites
Vectores
Otros

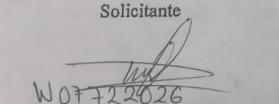
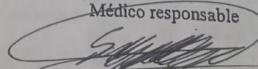
14/01/2026 14:46



VIH:



2026
año de
**Margarita
Maza**

 ESTADO DE GUERRERO GOBIERNO DEL ESTADO 1935-1995	 SECRETARIA DE SALUD	GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO SECRETARIA DE SALUD EPIDEMIOLOGÍA
 HOSPITAL GENERAL ACAPULCO		
HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZARSE LA PRUEBA SEROLOGICA PARA LA DETECCION DE VIH		
JURIDICCION SANITARIA: 07 UNIDAD MEDICA: HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO		
<p>El que suscribe <u>W07722026</u>, edad <u>33 años</u>, Fecha de nacimiento <u>01.07.1992</u> con dirección <u>C. Principal Manz 2 19 9/n cumbres de llano largo, Acapulco</u> <u>Guamá</u> 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).</p> <p>Además, tuve la oportunidad de hacer algunas preguntas que fueron satisfactoriamente respondidas por el personal de este centro de información y detección.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 <u>7442981824</u> que dejo de referencia.</p>		
Solicitante  <u>W07722026</u>	Médico responsable  <u>Sergio Armando Nava Cárdenas</u>	 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA
NOMBRE Y/O FIRMA	NOMBRE Y/O FIRMA	
Lugar y fecha: <u>21/01/2026</u>		

Ofic 000018 1503 45^o

SECRETARIA DE SALUD / SALUD

Centro Nacional de Enfermedades

INSTITUTO DE EPIDEMIOLOGÍAS

Carretera 470, Col. Sta. Teodora, Tlalnepantla, Estado de México, C.P. 161V13

SE ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD

PERSONA RESPONSABLE DEL ENVÍO: DR. CARLOS RICO GARRERA

CALLE: AV. GUERRERO No. 45 COLONIA: CENTRO

POBLACIÓN: CHILPANCINGO ESTADO: GRO C.P. 39000

TEL: 747-13 9 64 41 FAX: (Indispensable) E-mail: *psv*

DATOS DEL PACIENTE (PERRO CON SINTOMATOLOGÍA)

NOMBRE O CLAVE: PERRO Hembra 8 AÑOS DE EDAD RAZA PIT BULL

DOMICILIO: COLOR NEGRO CON BLANCO LOCALIDAD: CHILPANCINGO

MUNICIPIO: CHILPANCINGO ESTADO: GUERRERO

EDAD: 8 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: / /

SEXO: M F HOSPITALIZACIÓN: SI NO SITUACIÓN DEL PACIENTE: VIVO MUERTO

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA

TIPO: PLASMA SUERO ORINA CEPA LCR ESPURO CON SANGRE MUCOPURULENTO SALIVA EXUDADO FARÍNGEO EXUDADO NASOFARINGEO BIOPSIA LAMINILLA IMPRINTA SANGRE PIEL TEJIDO CEREBRAL PIEL CABELLUDA LAVADO NASOFARINGEO HECHOS SOLIDAS PASTOSAS LIQUIDAS.

OTRAS:

ÚNICA fecha de toma: 07/10/2026 fecha de toma: 2a fecha de toma: 3a fecha de toma: 4a Fecha de toma:

SUFFICIENTE INSUFICIENTE ORIGEN: HUMANA ANIMAL ALIMENTO AGUA

OTRAS:

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 SÚEROS DE REFERENCIA Resultado(s) del diagnóstico local

DIAGNÓSTICO REFERENCIA CONTROL DE CALIDAD 1.

BROTE CONTROL DE TRATAMIENTO ENCUESTA O INVESTIGACIÓN 2.

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 - CUANTOS DÍAS ANTES? ESPECIFIQUE LOS LUGARES VISITADOS: INGESTIÓN DE LACTEOS SI NO

EXPOSICIÓN CON ANIMALES: SI NO ESPECIE: SE IGNORA

EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE: SUFRÍO AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SEÑALADO? SI NO

SITIO ANÁTOMICO 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

INCORDINACIÓN PARÁLISIS AGRESOR VICTIMA



Rabia

EDA (Rotavirus y colera-entero)



H. Nativi *Rolo* 3.1 °C
CF: 1966

JARCO GUSTAVO CORTEZ MEMIJE
SALUD 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 SEMAR Folio DIA25-273089
Primer Apellido CORTES Segundo Apellido MEMIJE Nombres MAARCO GUSTAVO
RFC CURP COMM240831HGRMR02
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
I. Se conoce como indígena?: No ¿Habla lengua indígena?: No ¿Cuál?:
I. 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
I. Es migrante?: No País de nacionalidad: País de origen:
País de transito en los últimos 3 meses: 1: 2:
3: 4: Fecha de ingreso al país:
II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

CLUES:GRSMA000015 Entidad: GUERRERO Jurisdicción: ACAPULCO
Municipio: ACAPULCO DE JUAREZ Localidad: ACAPULCO DE JUÁREZ 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. DIAGNÓSTICOS

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: Rotated 3ra. dosis:
V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

¿Ha visitado otros lugares en los últimos 30 días?: No Fecha en que visito:
Sí: Ciudad o lugar:
Sí salió a otro País, ¿Cuál País?: Municipio:
Sí salió a otro Estado, ¿Cuál Estado?: Localidad:
FACTORES ASOCIADOS

Diabetes Mellitus: No Desnutrición: No Embarazo: No Enfermedades oncológicas: No Otras inmunosupresoras: No
Hipertensión: No VIH/SIDA: No Se ignora: Sí 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: Sí	Mariscos: NO	Carnes: NO	Fruta: Sí
	Verdura: Sí	Queso: Sí	Huevo: Sí	
	Hielo: No	Tipo de hielo:		
	Otro: No	Especifique:		

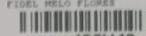
Algunos de los alimentos se consumieron crudos?: Sí ¿Cuál?: FRUTA
Sitio de consumo o abasto de alimentos: Hogar: Sí Escuela: No Guardería: No
Trabajo: No Reunión/Festejo: No Puesto ambulante: No

27-23



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



VIRIOLOGÍA

ENF. FEBRILES EXANTEMÁTICAS

BM +

 1600
 Peso
 13

Datos de identificación del paciente

Apellido Paterno: MELO Identificador de Caso: 48080
CURP: MELF211216HOOOLLO

Apellido Materno: FLORES Nombre(S): FIDEL

DATOS DE NACIMIENTO

Fecha de nacimiento: 16/12/2021 Sexo: Masculino Femenino Edad: 4 Años 0 Meses 0 Días

Estado: OAXACA Jurisdicción: MIXTECA Municipio: Selección

RESIDENCIA ACTUAL

SIN NOMBRE: LOCALIDAD SAN MIGUEL EL GRANDE LOCALIDAD SAN MIGUEL EL GRANDE GUERRERO
Calle y número: Colonia: Estado:
MONTAÑA Jurisdicción: Municipio: Localidad:

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

¿Se reconoce como indígena? Sí No Se Desconoce Habla lengua indígena Sí No Cuit: Selección

¿Es migrante? Sí No País de Nacionalidad: Selección

País de Origen: País de tránsito en los últimos tres meses: 1. 2. 3. 4.

Fecha de ingreso al país: 15/01/2026

El Dato de la notificación

Clave de la unidad notificante: 100400408171 Estado notificador: GUERRERO Jurisdicción: MONTAÑA
Municipio: ALDOZUAU DE GUERRERO Localidad: Institución: IMSS_OPD

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MÉ CLUES: GRIMB009812

TIPO DE VIGILANCIA: ACTIVA

FECHA

Primer contacto con los Servicios de Salud: 15/01/2026
Notificación a la Jurisdicción o equivalente: 15/01/2026
Notificación a la Coordinación Estatal: 15/01/2026
Notificación a la Dirección General de Epidemiología: 15/01/2026
Estudio por Unidad, Jurisdicción o equivalente: 15/01/2026

Unidad tratante

Clave de la unidad notificante: 100400408171 Estado notificador: GUERRERO Jurisdicción: MONTAÑA
Municipio: ALDOZUAU DE GUERRERO Localidad: Institución: IMSS_OPD

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): CARAVANA TIPO I SAN MÉ CLUES: GRIMB009812

DERECHOHABIENTE: Sí No NO. DE EXPEDIENTE: []

Antecedentes epidemiológicos

VACUNACIÓN: ANTIGARARMIÓN Sí No ? NUMERO DE DOSIS: []
FECHAS: 1a: [] 2a: []
FECHA DE ULTIMA DOSIS: [] ANTRIRRUSÉOLA: Sí No ?
FECHA: TIPO DE VACUNA: Selección
FUENTE DE INFORMACIÓN: Selección

PRESENTO OTRO EXANTEMA TRES MESES PREVIO A ÉSTE? Sí No ?
ESPECIFIQUE LUGAR Y FECHA DE VIAJES REALIZADOS Y/O MISTAS RECIBIDAS EN LOS 21 DÍAS PREVIOS AL INICIO DEL EXANTEMA: NINGUNO FESTA PATRONAL EL 31 12 2021

ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON LOS MISMOS SÍNTOMAS? Sí No ?


EFE



2026
año de
Margarita
Maza

15/1/26, 3:51 p.m. JS03 ofic 000085

— ETV - ETV —

SALUD
ESTADÍSTICA DE SALUD

DGE
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Enfermedades
Transmitidas por Vector

Registro Seguimiento Reportes Salir

38 ①

BUSCAR REGISTROS

A. Paterno A. Materno Identificador de Caso 2085819 Buscar

Nombre(s) Selección: L. Caso A. Paterno A. Materno Nombre: 2085819 AVILEZ SALGADO JESUS

JESUS AVILES SALGADO
394V32

VIROLOGÍA
DIAGNÓSTICO DE ARBOVIRUS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Estado: Poblado

No. de afiliación o expediente: NOMBRE: AVILEZ A. Paterno SALGADO A. Materno JESUS Nombre(s): AABJ021221P58 CURP: AABJ021221P58

RFCS: 394V32

DATOS DE NACIMIENTO

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

Sexo: MASCULINO Meses: 0 Días: 22

RESIDENCIA ACTUAL

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

Localidad: AYAHUALULCO Colonia: AYAHUALULCO Pueblo: AYAHUALULCO Núm Ext: S/N Núm Int: S/N

Calle: CALLE JUAN ALVAREZ Entre calle: CERCA DE TORRE DE TELC Y calle: COL. CENTRO C.P: 41110

LUGAR LABORAL

Calle y Num: Colonia: Estado: Municipio: Localidad: Teléfono:

Ocupación: Choferes y operadores de vehículos

¿Habla lenguas? NO ¿Cuál? Es indígena? NO

¿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

II. UNIDAD NOTIFICANTE

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

Localidad: CHILAPA DE ALVAREZ Institución: IMSS_OPO CLUES: GRIMB09486

Nombre de la Unidad: HOSPITAL GENERAL CHILAPA DE ALVAREZ ZPC

Fecha de solicitud de atención: 13/01/2026 dd/mm/aaaa

Fecha de inicio de estudio: 13/01/2026 dd/mm/aaaa

Fecha de notificación al ente: 13/01/2026 09:45:00 a.m.

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

Diagnóstico probable: DENGUE CON SIGNOS E+

Diagnóstico Final: Selección Localización de lesiones

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ha salido de su lugar de residencia en las últimas cuatro semanas: NO

Estado/Provincia: País: Ciudad/Municipio: Localidad: Tiempo de estancia: 0

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad: Tiempo de estancia: 0

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad: Tiempo de estancia: 0

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa

Procedencia: De la jurisdicción: Clasificación: Autóctono: Otro: Tiempo de estancia: 0

Contacto con animales: Mosco: Chinchilla: Garapata: Se desconoce: Ha recibido transfusiones sanguíneas: NO

Ha tenido relaciones sexuales con personas enfermas de Zika: Selección: Existe enfermos similares en su localidad: SE IGNORA

Antecedentes de muertes inusuales de animales: NO Equino: Ave: Otro: Antecedente de vacunación: Fiebre amarilla: Selección: Dosis: 1a 2a 3a

Dengue: NO Tiene acceso a agua potable permanente: NO Tiene cobertura de eliminación de basura: (al menos una vez por semana): NO

Ha padecido Paludismo (últimos tres años): Selección: Subclasificación de caso de Paludismo: Selección: NO

Ha padecido Leishmaniasis los últimos 6 meses: Selección: Subclasificación de casos de Chagas: Selección: NO

IV. CUADRO CLÍNICO

06-1, Num 2

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



31/3/25, 11:21

ETV - ETV - ET

JORGE ALBERTO HERNANDEZ MARINO
7939PE423
PARASITOLOGÍA Y ENTOMOLOGÍA
CHIAPAS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
DGE
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Enfermedades
Transmitidas por Vector

Registro Seguimiento Reportes Salir

Identificador de Caso: 1846357 Buscar

Nombre(s): J503 2-6°C of. 0021

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

No. de afiliación o expediente

NOMBRE: HERNANDEZ MARINO JORGE ALBERTO HEMJB820125BD8
A. Paterno A. Materno Nombre(s) RFC CURP

DATOS DE NACIMIENTO

Fecha Nac: 25/01/1982 Estado de Nacimiento GUERRERO Municipio de Nacimiento CHILPANCINGO DE LOS Días: 01/2025

Sexo: Masculino 43 Años 2 Meses

RESIDENCIA ACTUAL

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

Localidad: CHILPANCINGO DE LOS Colonia: PRTC Colonia: Municipio: CHILPANCINGO DE LOS

Calle: ANDADOR Calle: 21 DE MARZO Núm Ext: 70 Núm Int: 1

Teléfono: 7471983808 Entre calle: CIRCUITO 2 DE OCTUBRE Y calle: C.P. 39025

LUGAR LABORAL

Calle y Núm: Colonia: Estado: Municipio: Localidad: Teléfono:

Ocupación: Empleados

¿Habla lenguas indígenas? NO ¿Cuál? NO ¿Es indígena? NO

¿Migrante? NO País de Nacionalidad: -Selecione-

País de Origen: -Selecione- Países de tránsito en los últimos tres meses: 1. -Selecione- 2. -Selecione- 3. -Selecione-

Fecha de ingreso al país: dd/mm/aaaa

II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Si salió de su lugar de residencia en las últimas cuatro semanas: NO

En caso de respuesta afirmativa, especifique a donde:

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad: Tiempo de estancia: 0

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad: Tiempo de estancia: 0

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa

País: Estado/Provincia: Ciudad/Municipio: Localidad: Tiempo de estancia: 0

Fecha de entrada: dd/mm/aaaa Fecha de salida: dd/mm/aaaa

Procedencia: De la jurisdicción: Clasificación: Autóctono Tiempo de estancia: 0

Contacto con animales: Mono Chinchilla Carrapato Se desconoce Otro

Ha tenido relaciones sexuales con personas enfermas de Zika: -Selecione-

Existen enfermos similares en su localidad: NO Ha recibido transfusiones sanguíneas: NO

Antecedentes de muertes inusuales de animales: NO Equino Aves

Antecedente de vacunación: Fiebre amarilla: -Selecione-

Dengue: -Selecione- Dosis: 1a 2a 3a

¿Tiene acceso a agua potable permanente?: SI Tiene cobertura de eliminación de basura?: SI

Ha padecido Paludismo (últimos tres años): -Selecione- Subclasiificación de caso de Paludismo: -Selecione-

Ha padecido Leishmaniasis en los últimos 6 meses: -Selecione- Tipo:

Subclasiificación de casos de Chagas: Crónico asintomático

IV. CUADRO CLÍNICO

ESI = 1, Nro. 2

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

1/3



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

DATOS GENERALES					
FOLIO:	12121742476				
SEXO: ¹	FEMENINO	ESTA EMBARAZADA?:	NO		
ENTIDAD DE RESIDENCIA:	GUERRERO		MUNICIPIO:	ACAPULCO DE JUÁREZ	
LOCALIDAD:	ACAPULCO DE JUÁREZ				
CALLE/MAR CASPIO	NUMERO:48				
ENTRE QUE CALLES:					
COLONIA:	FRACC GRANJAS DEL MARQUEZ	C.P.:	39880	TELÉFONO:	7443832068
SE RECONOCE COMO INDÍGENA?:	NO	HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: NO			
OCCUPACIÓN: ¹	hogar				
DATOS CLÍNICOS					
SERVICIO: ¹	URGENCIAS ADULTOS				
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:	12/01/2026				
A PARTIR DE LA FECHA 09/01/2026	FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: 09/01/2026				
TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?					
INICIO SÚBITO DE LOS SÍNTOMAS	SI	CO-MORBILIDAD:	DIABETES	NO	
FIEBRE	SI		EPSC	NO	
TOS	SI		ASMA	NO	
CEFALEA	SI		INMUNOSUPRESIÓN	NO	
DISNEA	SI		HIPERTENSIÓN	NO	
IRRITABILIDAD	NO		VÍSICIDA	NO	
DIARREA	NO		OTRA CONDICIÓN	NO	
DOLOR TORÁCICO	NO		ENF. CARDIOVASCULAR	NO	
ESCALOFRIOS	NO		OBESIDAD	NO	
ODINOFAGIA	NO		INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	NO	
MIALGIAS	NO		TABAQUISMO	NO	
ARTRALGIAS	NO		OTROS	NO	
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	NO				
RINORRÉA	NO				
POLIPNEA	SI				
VÓMITO	SI				
DOLOR ABDOMINAL	NO				
CONJUNTIVITIS	NO				
CIANOSIS	NO				
ANOSMIA	SE IGNORA				
DISGEUSIA	SE IGNORA				

https://siver.sinav.gob.mx/influenza/imp_cedula.php?id_reg=21742476&id_principal=2907345


DIAGNÓSTICO PROBABLE: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)

TRATAMIENTO

DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO?:¹ NOSE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANOS?:¹ NOSE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES?:¹ NO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

TUVO CONTACTO CON OTROS CASOS DE INFLUENZA 2 SEMANAS PREVIAS?:¹ 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 2026 Y EL 9 DE ENERO DEL 2026?:¹ 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:¹ GUERRERO

TIPO DE MUESTRA: EXUDADO NASOFARINGEO

FECHA: 12/01/2026

VACUNA COVID-19

RECIBIO VACUNA CONTRA COVID-19?: SI

MARCA: PFIZER BIONTECH

FECHA APLICACIÓN 1RA DOSIS: 20/07/2025

RECIBIO DOSIS DE REFUERZO CONTRA COVID-19?: NO

EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN:¹ CASO GRAVE

INTUBADO: NO

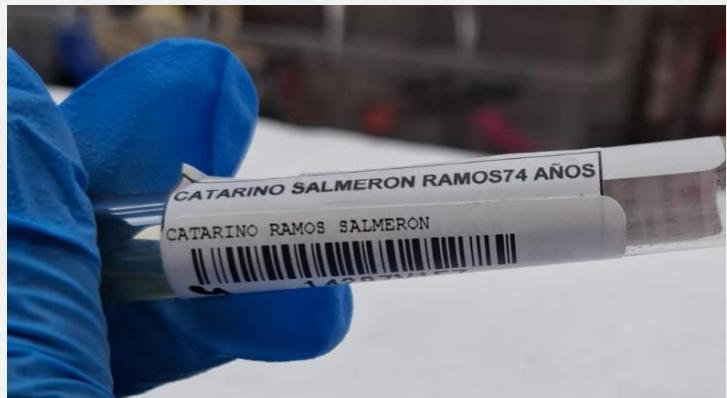
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE NEUMONIA: NO


ERV

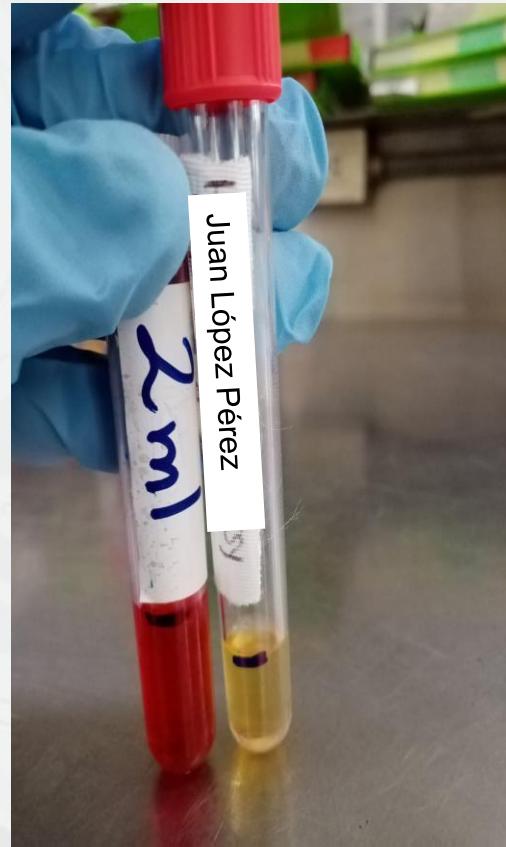
Ejemplos de rechazos



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)

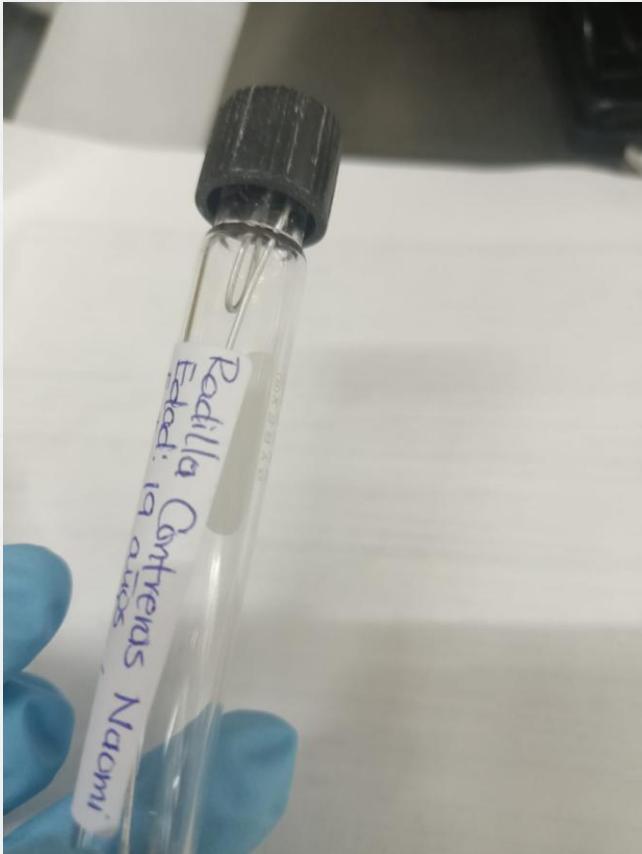


Cepillo en viales de VPH



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



Mango del hisopo doblado



Sin triple embalaje y no van en red fría

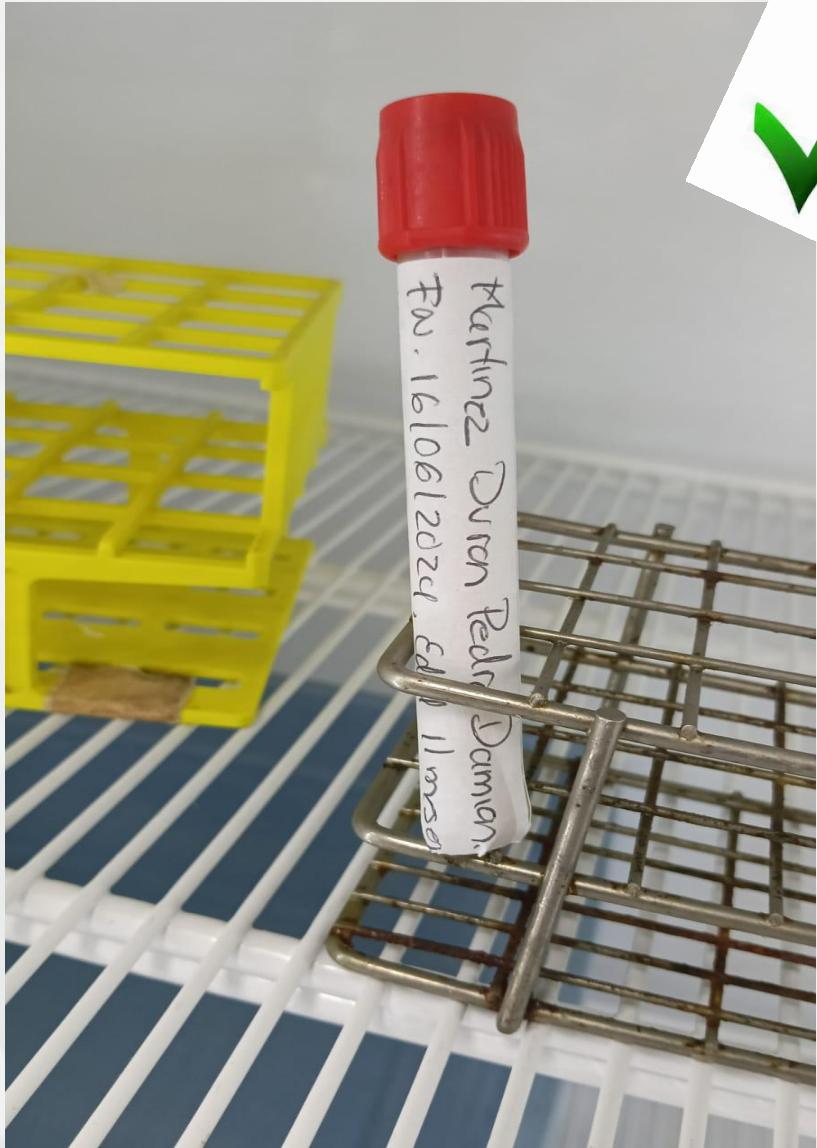


TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



No hay retenciones de muestras



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD



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





TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD

Gracias



2026
año de
Margarita
Maza