

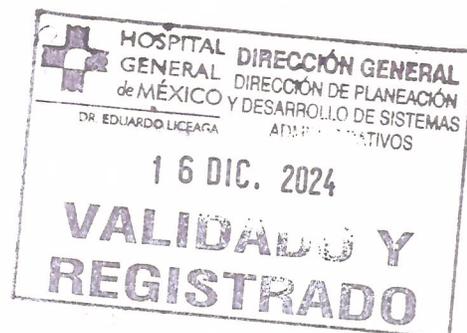


**Salud**  
Secretaría de Salud



DR. EDUARDO LICEAGA

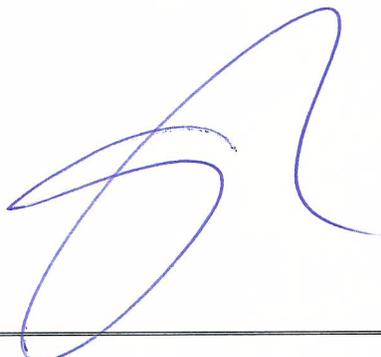
# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA



**DICIEMBRE, 2024**

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO  DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 1 de 187	

**HOJA DE CONTROL DE EMISIÓN DEL DOCUMENTO NORMATIVO  
GRUPO DE ANÁLISIS DE NORMAS INTERNAS (GANI)**

<b>NOMBRE:</b>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>
<b>CÓDIGO:</b>	<b>HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126</b>
<b>ÁREA RESPONSABLE DE SU EMISIÓN:</b>	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>
<b>NOMBRE Y CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>AUTORIZÓ:</b>  <b>DR. JED RAFUL ZACARÍAS EZZAT</b> Director de Coordinación Médica	
<b>ELABORÓ Y REVISÓ:</b>  <b>DRA. DANIELA DE LA ROSA ZAMBONI</b> Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes del Departamento de Epidemiología	
<b>LIC. CARLOS ALBERTO ALFARO MEDEL</b> Director de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos y Secretario Técnico del Grupo de Análisis de Normas Internas (GANI)	



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 2 de 187		

## ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	4
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	5
II.- MARCO JURÍDICO	6
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS).	21
2. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.	42
3. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ACCIDENTES CON PRODUCTOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS EN EL PERSONAL DE SALUD.	96
4. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS DEFUNCIONES.	110
5. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN POR AUTOCLAVES DE VAPOR Y DE ÓXIDO DE ETILENO.	123
6. PROCEDIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN.	132
7. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE VACUNAS ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD.	154
8. PROCEDIMIENTO PARA EL REÚSO DE MATERIALES Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESECHABLES.	163
9. PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DEL CLORO LIBRE RESIDUAL.	177

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 3 de 187		

**PARA CONSULTA DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS, REFERIRSE AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA (DCM) PUBLICADO EN EL PORTAL DE INTRANET [192.168.0.25/](#)**

10. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS.
11. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS.
12. PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.
13. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.
14. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PERMISOS PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 4 de 187		

## INTRODUCCIÓN

El Departamento de Epidemiología del Hospital General de México, tuvo su origen en 1991 como Unidad de Epidemiología Médica, para dar solución a los problemas epidemiológicos que se presentaban en el Hospital. Posteriormente se denominó Unidad de Vigilancia Epidemiológica y en octubre de 1996, debido al desarrollo del área, así como a la descentralización y reestructuración del Hospital, adquirió la categoría de Departamento. En mayo de 1998 se integra al Departamento el área de Medicina Preventiva, en un esfuerzo de optimizar las actividades encaminadas a la prevención y al control de enfermedades desarrolladas por ambas áreas dentro del Hospital. A partir del 2005 cambia de nombre a Departamento de Epidemiología.

El presente manual integra los procedimientos para el ejercicio de las funciones asignadas al Departamento de Epidemiología; contiene 9 procedimientos que abarcan los servicios que guían las acciones de las Unidades de Medicina Preventiva y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, cada uno de ellos cuenta con: Propósito, Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción del Procedimiento, Diagrama de Flujo, Documentos de Referencia, Registros, Glosario, Cambios de Versión y Anexos.

Este documento se elaboró en apego a la nueva “Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos” autorizada por la Secretaría de Salud y a la estructura orgánica establecida en el Manual de Organización, autorizado.

La actualización del presente Manual, está fundamentada en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Art. 19); Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Art. 7 fracc. XIV, Art. 27 fracc. II y Art. 38 fracc. VII); Decreto por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México, publicado en el D.O.F. el 11 de mayo de 1995 (Art. 10 fracc. II); Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D., autorizado en la LXXXV Reunion de la Junta de Gobierno del Hospital, celebrada el 5 de marzo de 2015 (Art. 8 fracc. III, Art. 16 fracc. II y Art. 38 fracc. II); así como en las Guías Técnicas para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos, emitidas por la Secretaría de Salud, septiembre 2013.

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 5 de 187		

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer las políticas y mecanismos para estandarizar los procedimientos para la vigilancia epidemiológica hospitalaria, prevención y control de enfermedades que realiza el Departamento con relación a las normas y programas nacionales aplicables en el Hospital a fin de brindar información para la toma de decisiones y la atención con calidad y calidez a los usuarios del Hospital.

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 6 de 187	

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 05-II-1917, Última Reforma D.O.F. 15-IX-2024.

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29-XII-1976, Última Reforma D.O.F. 01-IV-2024.

Ley General de Salud.  
D.O.F. 07-II-1984, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2024.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.  
D.O.F. 18-VII-2016, Última Reforma D.O.F. 27-XII-2022. Sentencia de la SCJN con declaratoria de invalidez del Decreto de reforma DOF 27-XII-2022, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de noviembre de 2023.

Ley General para el Control del Tabaco.  
D.O.F. 30-V-2008. Última Reforma D.O.F. 17-II-2022.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-V-2011, Última Reforma 14-VI-2024.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
D.O.F. 01-II-2007, Última Reforma D.O.F. 26-I-2024.

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.  
D.O.F. 08-X-2003. Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 04-V-2015. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 14-V-1986, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 31-XII-1982, Última Reforma D.O.F. 01-IV-2024.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 04-VIII-1994, Última Reforma D.O.F. 18-V-2018.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 7 de 187	

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 09-V-2016, Última Reforma D.O.F. 01-IV-2024.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
D.O.F. 31-III-2007, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2024.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
D.O.F. 29-VI-1992, Última Reforma D.O.F. 01-IV-2024.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
D.O.F. 25-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 14-VI-2024.

Ley de Asistencia Social.  
D.O.F. 02-IX-2004. Última Reforma D.O.F. 01-IV-2024.

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 18-III-2005. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley del Seguro Social.  
D.O.F. 21-XII-1995. Última Reforma D.O.F. 07-VI-2024.

## **TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES**

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999.  
D.O.F. 09-VIII-2000.

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres.  
D.O.F. 22-IV-2002.

Decreto por el que se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptado en Estocolmo, el veintidós de mayo de dos mil uno.  
D.O.F. 03-XII-2002.

Decreto por el que se aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra, Suiza, el veintiuno de mayo de dos mil tres.  
D.O.F. 12-V-2004. Última Reforma D.O.F. 25-II-2005

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 8 de 187	

Decreto promulgatorio de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis. D.O.F. 24-X-2007 Última Reforma D.O.F. 02-V-2008.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho. D.O.F. 18-III-2011

Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. D.O.F. 21-V-2003.

## **REGLAMENTOS**

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. D.O.F. 18-I-1988, Última Reforma D.O.F. 28-XII-2004

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. D.O.F. 6-I-1987, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. D.O.F. 20-II-1985, Última Reforma D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F. 14-V-1986. Última Reforma D.O.F. 17-VII-2018.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. D.O.F. 5-IV-2004. Última Reforma D.O.F. 17-XII-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco. D.O.F. 31-V-2009, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2022.

Reglamento de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista. D.O.F. 21-VII-2016.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. D.O.F. 30-XI-2012.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 9 de 187	

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.  
D.O.F. 30-XI-2006, Última Reforma D.O.F.31-X-2014.

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.  
D.O.F. 13-XI-2014.

Reglamento de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 19-III-2008, Última Reforma D.O.F. 06-III-2009.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.  
D.O.F. 09-VIII-1999. Última Reforma D.O.F.08-IX-2022.

Reglamento de Insumos para la Salud.  
D.O.F. 04-II-1998, Última Reforma D.O.F. 31-V-2021.

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.  
D.O.F. 13-IV-2004.

## **CÓDIGOS**

Código Penal Federal.  
D.O.F. 14-VIII-1931, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2024.

Código Civil Federal.  
D.O.F. 26-V-1928, Última Reforma D.O.F. 17-I-2024.

Código Federal de Procedimientos Civiles.  
D.O.F. 24-II-1943, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2023.

Código Nacional de Procedimientos Penales.  
D.O.F. 5-III-2014, Última Reforma D.O.F. 26-I-2024.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 08-II-2022.

## **PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.  
D.O.F. 12-VII-2019.

## **DECRETOS DEL EJECUTIVO FEDERAL**

Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Hospital General de México.  
D.O.F. 11-V-1995.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 10 de 187		

Decreto por el que se modifica y adiciona el diverso por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México.

D.O.F. 30-IV-2012.

Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo criterios que en el mismo se indican.

D.O.F. 23-IV-2020.

Decreto por el que se expide la Ley Federal de Austeridad Republicana; y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

D.O.F. 19-XI-2019.

Decreto por el que se expide el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

D.O.F. 04-IX-2023.

#### **ACUERDOS SECRETARIALES DE OTRAS DEPENDENCIAS**

Acuerdo que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican.

D.O.F. 10-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 21-VIII-2012.

Acuerdo por el que se modifica el diverso que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medio de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada.

D.O.F. 25-III-2009, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2013.

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones en materia de recepción y disposición de obsequios, regalos o similares, por parte de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal.

D.O.F. 28-VI-2013. Última Reforma D.O.F. 12-XI-2019.

Acuerdo por el que se emiten las políticas y disposiciones para impulsar el uso y aprovechamiento de la informática, el gobierno digital, las tecnologías de la información y comunicación, y la seguridad de la información en la Administración Pública Federal.

D.O.F. 06-IX-2021.

Acuerdo por el que se expide la Estrategia Digital Nacional 2021-2024.

D.O.F. 06-IX-2021.

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el procedimiento de cumplimiento y seguimiento de las recomendaciones emitidas a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

D.O.F. 19-VIII-2014.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 11 de 187	

## **NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO (SSA1)**

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA1-2011, Salud ambiental-Índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.  
D.O.F. 6-VI-2012.

Norma Oficial Mexicana, NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.  
D.O.F. 9-I-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación de medicamentos.  
D.O.F. 5-II-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.  
D.O.F. 24-II-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-076-SSA1-2002, Salud ambiental. - Que establece los requisitos sanitarios del proceso del etanol (alcohol etílico).  
D.O.F. 09-II-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para Laboratorio de Patología Clínica.  
D.O.F. 1-VII-1996

Norma Oficial Mexicana NOM-078-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los laboratorios de patología clínica.  
D.O.F. 1-VII-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003.

Norma Oficial Mexicana, NOM-114-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de salmonella en alimentos.  
D.O.F. 22-IX-1995.

Norma Oficial Mexicana, NOM-115-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de Staphylococcus aureus en alimentos.  
D.O.F. 25-IX-1995.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA				
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA				
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización		Diciembre 2024
	No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126			Hoja 12 de 187

Norma Oficial Mexicana, NOM-117-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrometría de absorción atómica.  
D.O.F. 16-VIII-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.  
D.O.F. 10-IX-2012. Última Reforma D.O.F. 28-IV-2014

Norma Oficial Mexicana, NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de Dispositivos Médicos.  
D.O.F. 12-XII-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-138-SSA1-2016, Que establece las especificaciones sanitarias del alcohol etílico desnaturalizado, utilizado como material de curación, así como para el alcohol etílico de 96° G.L. sin desnaturalizar, utilizado como materia prima para la elaboración y/o envasado de alcohol etílico desnaturalizado como material de curación.  
D.O.F. 25-IV-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-143-SSA1-1995, Bienes y servicios. Método de prueba microbiológico para alimentos. Determinación de Listeria monocytogenes.  
D.O.F. 19-XI-1997.

Norma Oficial Mexicana NOM-164-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación para fármacos.  
D.O.F. 4-II-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.  
D.O.F. 20-IX-2013 Última Reforma D.O.F. 03-V-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente.  
D.O.F. 18-X-2002 Última Reforma D.O.F. 30-VIII-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-210-SSA1-2014, Productos y servicios. Métodos de prueba microbiológicos. Determinación de microorganismos indicadores. Determinación de microorganismos patógenos. D.O.F. 26-VI-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.  
D.O.F. 19-VII-2017. Última Reforma D.O.F. 30-IX-2020.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 13 de 187	

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.  
 D.O.F. 15-IX-2006. Última Reforma D.O.F. 29-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia.  
 D.O.F. 30-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.  
 D.O.F. 1-III-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.  
 D.O.F. 26-X-2012 Última Reforma D.O.F. 18-IX-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-257-SSA1-2014, En materia de medicamentos biotecnológicos.  
 D.O.F. 11-XII-2014.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (SSA2):**

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.  
 D.O.F. 13-XI-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.  
 D.O.F. 7-IV-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.  
 D.O.F. 10-XI-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.  
 D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.  
 D.O.F. 23-XI-2016.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.  
 D.O.F. 06-VI-1994 Última Reforma D.O.F. 31-V-2007.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 14 de 187	

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

D.O.F. 23-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

D.O.F. 23-X-2012 Última Reforma D.O.F. 17-VI-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

D.O.F. 19-II-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

D.O.F. 21-VIII-1996 Última Reforma D.O.F. 21-V-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.

D.O.F. 11-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

D.O.F. 04-IX-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra.

D.O.F. 16-XII-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

D.O.F. 21-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.

D.O.F. 07-I-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

D.O.F. 19-IV-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

D.O.F. 9-II-2001 Última Reforma D.O.F. 26-IX-2006

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

D.O.F. 16-IV-2015.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 15 de 187	

Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.  
D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.  
D.O.F. 24-VI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.  
D.O.F. 7-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.  
D.O.F. 28-IX-2012 Última Reforma D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.  
D.O.F. 13-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.  
D.O.F. 21-IV-2011.

Modificación al numeral 7.12.3 y eliminación de los numerales A.18, A.18.1 y A.18.2, del Apéndice A Normativo, de la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada el 1 de junio de 2017.  
D.O.F. 1-VI-2017 Última Reforma D.O.F. 1-XII-2017

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.  
D.O.F. 9-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.  
D.O.F. 22-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.  
D.O.F. 20-XI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.  
D.O.F. 16-IV-2009, Última Reforma D.O.F. 24-III-2016.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 16 de 187	

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

D.O.F. 12-VIII-2015, Última Reforma D.O.F. 18-VIII-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).

D.O.F. 15-XII-2017.

### **NORMAS OFICIALES MEXICANAS SSA3:**

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

D.O.F. 4-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.

D.O.F. 19-XII-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.

D.O.F. 8-VII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

D.O.F. 16-VIII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

D.O.F. 23-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

D.O.F. 27-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

D.O.F. 18-V-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.

D.O.F. 28-VII-2014 Última Reforma D.O.F. 07-VIII-2014.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 17 de 187	

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

D.O.F. 9-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

D.O.F. 4-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

D.O.F. 11-XI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

D.O.F. 22-V-2023.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

D.O.F. 8-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 2-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

D.O.F. 18-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

D.O.F. 17-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

D.O.F. 7-VIII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

D.O.F. 4-IX-2013.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 18 de 187	

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

D.O.F. 27-XI-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.

D.O.F. 31-X-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 12-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

D.O.F. 13-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

D.O.F. 25-II-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

D.O.F. 23-IX-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

D.O.F. 21-II-2017.

### **NORMAS OFICIALES MEXICANAS EMITIDAS POR OTRAS DEPENDENCIAS CON PARTICIPACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD:**

Norma Oficial Mexicana NOM-031-NUCL-2011, Requisitos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

D.O.F. 26-X-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-NUCL-2020, Criterios para la exención de fuentes de radiación ionizante o prácticas que las utilicen.

D.O.F. 09-XII-2020.

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 19 de 187		

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil. Colores, formas y símbolos a utilizar.

D.O.F. 23-XII-2011 Última Reforma D.O.F. 15-VII-2015

Normas para la Operación del Registro de Servidores Públicos.

D.O.F. 24-IX-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia Médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

D.O.F. 26-X-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-NUCL-2014, Requerimientos de seguridad radiológica que deben ser observados en los implantes permanentes de material radiactivo con fines terapéuticos a seres humanos.

D.O.F. 5-III-2015.

#### **OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS:**

Acuerdo por el que se establecen las acciones específicas adoptadas por la Secretaría de la Función Pública en cumplimiento a las medidas dictadas en materia de prevención y control del brote de influenza en el país.

D.O.F. 29-IV-2009.

Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud.

D.O.F. 07-V-2009.

DECRETO por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética

D.O.F. 7-IX-2005. Última Reforma D.O.F. 16-II-2017

ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se emiten Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012

D.O.F. 31-X-2012 Última Reforma D.O.F. 10-XII-2020.

Lineamientos que deberán cumplir los medicamentos biotecnológicos biocomparables.

D.O.F. 19-VI-2012.

Aviso por el que se da a conocer el formato para el registro de todo acto que se lleve a cabo y esté relacionado con el alcohol etílico sin desnaturalizar, a que se refiere el Acuerdo que establece las medidas para la venta y producción de alcohol etílico y metanol, publicado el 6 de enero de 2014.

D.O.F. 6-I-2014, Última Reforma D.O.F. 17-I-2014.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			
	DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA			
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 20 de 187	

Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 22-II-2016. Última Reforma D.O.F. 18- IX-2020.

Condiciones Generales del Trabajo de la Secretaría de Salud 2016-2019.

Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.  
D.O.F. 20-IX-2016.

Modificación al Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.  
D.O.F. 6-XII-2016. Última Reforma D.O.F. 22-VIII-2019

#### **DISPOSICIONES INTERNACIONALES:**

Decreto que aprueba el Convenio Internacional relativo al Transporte de Cadáveres.  
D.O.F. 15-II-1938.

Decreto por el que se comunica el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas hecho en Viena el 21 de febrero de 1971. D.O.F. 24-VI-1975

Decreto por el que se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis, así como la Declaración Interpretativa a Favor de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 24-X-2007.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica, adoptado en Nagoya el veintinueve de octubre de dos mil diez.  
D.O.F. 10-X-2014.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 21 de 187	

**1. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)**

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 22 de 187	

## 1. PROPÓSITO

1.1 Identificar oportunamente los casos y brotes de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS), generadas en el Hospital, así como establecer las medidas de prevención y control pertinentes para mejorar la calidad y seguridad del paciente, como lo establece la meta internacional No. 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica y la NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología realiza vigilancia epidemiológica de infecciones y su control en los Servicios del Hospital.

2.2 A nivel externo: A nivel externo este procedimiento aplica a la Dirección General de Epidemiología.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Todos los Servicios donde se encuentren camas de Hospitalización estarán sujetos a Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales.

3.2 El Personal del Departamento de Epidemiología será responsable de la Vigilancia Epidemiológica activa en el Hospital.

3.3 El Departamento de Epidemiología será responsable de la oportunidad y la calidad de la información generada.

3.4 La información generada, así como las recomendaciones emitidas por el Departamento de Epidemiología será revisada y avalada por el Comité de Infecciones Nosocomiales, que deberá supervisar y en su caso sancionar el incumplimiento de las mismas.

3.5 Todos los casos confirmados de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS), serán notificados semanalmente a la Dirección de Coordinación Médica y el reporte estadístico de las mismas a las autoridades del Hospital, en forma mensual, bimestral y trimestral.

3.6 Todos los casos de infección nosocomial serán notificados a la Dirección General de Epidemiología en archivo digital en la Plataforma del SINAVE.

3.7 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicio.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 23 de 187	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería	1	Visita los Servicios y realiza censo de pacientes hospitalizados con factores de riesgo para el desarrollo de posibles IAAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Censo</li> </ul>
	2	Requisita Censos para la Vigilancia Epidemiológica cumpliendo con cada uno de los rubros solicitados del formato. (anexo 1,2,3,4)	
Personal de Enfermería, Médico Epidemiólogo	3	Detecta casos sospechosos mediante seguimiento de pacientes con factores de riesgo y revisión de resultados de laboratorio, certificados de defunción y autopsias; mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificación análisis y escrutinio de los datos recabados durante las visitas a pacientes.</li> <li>➤ Revisión continua de estudio de gabinete y de laboratorios.</li> <li>➤ Análisis de certificados de defunción y autopsias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listados de Cultivos.</li> <li>• Certificados de Defunción.</li> <li>• Reportes de Autopsia</li> </ul>
Personal de Enfermería	4	Elabora hoja de Estudio Epidemiológico de caso (IAAS) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realiza registro en bitácora de casos</li> <li>➤ Entrega a la Jefatura de Enfermeras estudio epidemiológico (anexo 5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico.</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>
Jefatura de Enfermeras	5	Revisa Estudio Epidemiológico de IAAS que cumpla con las definiciones operacionales de caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico.</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>
	6	Entrega al personal Médico Epidemiólogo para su confirmación o descarte	
Personal Médico Epidemiólogo	7	Revisa y analiza el Caso de Estudio Epidemiológico de (IAAS) que cumpla con los criterios de las Definiciones Operacionales de la NOM-045. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realiza visita a los pacientes sospechosos de IAAS constata la información en expediente clínico</li> <li>➤ Dictamina el caso (confirmando o descartando el caso)</li> <li>➤ Entrega casos de IAAS a Jefe de Enfermeras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico.</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 24 de 187	

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Jefatura de Enfermeras	8	Recibe hoja de caso y marca en la libreta de casos sospechosos de IAAS con color rojo casos confirmados y con azul los casos descartados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de control.</li> <li>• Estudio Epidemiológico de IAAS</li> </ul>
	9	Entrega a personal Administrativo los casos descartados para su archivo.	
	10	Codifica casos confirmados con base a catalogo EpiNoso y lo entrega a personal Administrativo para su captura.	
Personal Administrativo	11	Captura el caso de Estudio Epidemiológico de IAAS en: El programa EpiNoso. La Plataforma de la RHOVE en línea. Entrega a personal de Enfermería para su seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>
Personal de Enfermería	12	Realiza seguimiento del resultado de Laboratorio y Gabinete de acuerdo al sitio de infección, hasta el egreso del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>
	13	Entrega la hoja de Estudio Epidemiológico (IAAS) a Jefe de Enfermeras con los resultados actualizados.	
Jefatura de Enfermeras	14	Recibe la hoja de (IAAS) con los datos nuevos, ➤ Codifica y entrega la hoja al Personal Administrativo para su captura en EpiNoso y en la Plataforma de la RHOVE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>
	15	Entrega estudio a personal de Enfermería para seguimiento hasta el egreso del paciente	
Personal de Enfermería	16	Realiza seguimiento del paciente de Estudio anotando la fecha de egreso y en la hoja de estudio Epidemiológico de Caso de Infección Asociada a la Atención a la Salud (IAAS) y entrega la hoja con el egreso a la Jefa de Enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>
Jefatura de Enfermeras	17	Recibe la hoja con el egreso y entrega al Personal Administrativo para capturar su egreso en EpiNoso y en la Plataforma de la RHOVE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico</li> <li>• (Hoja de caso IAAS)</li> </ul>

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 25 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA

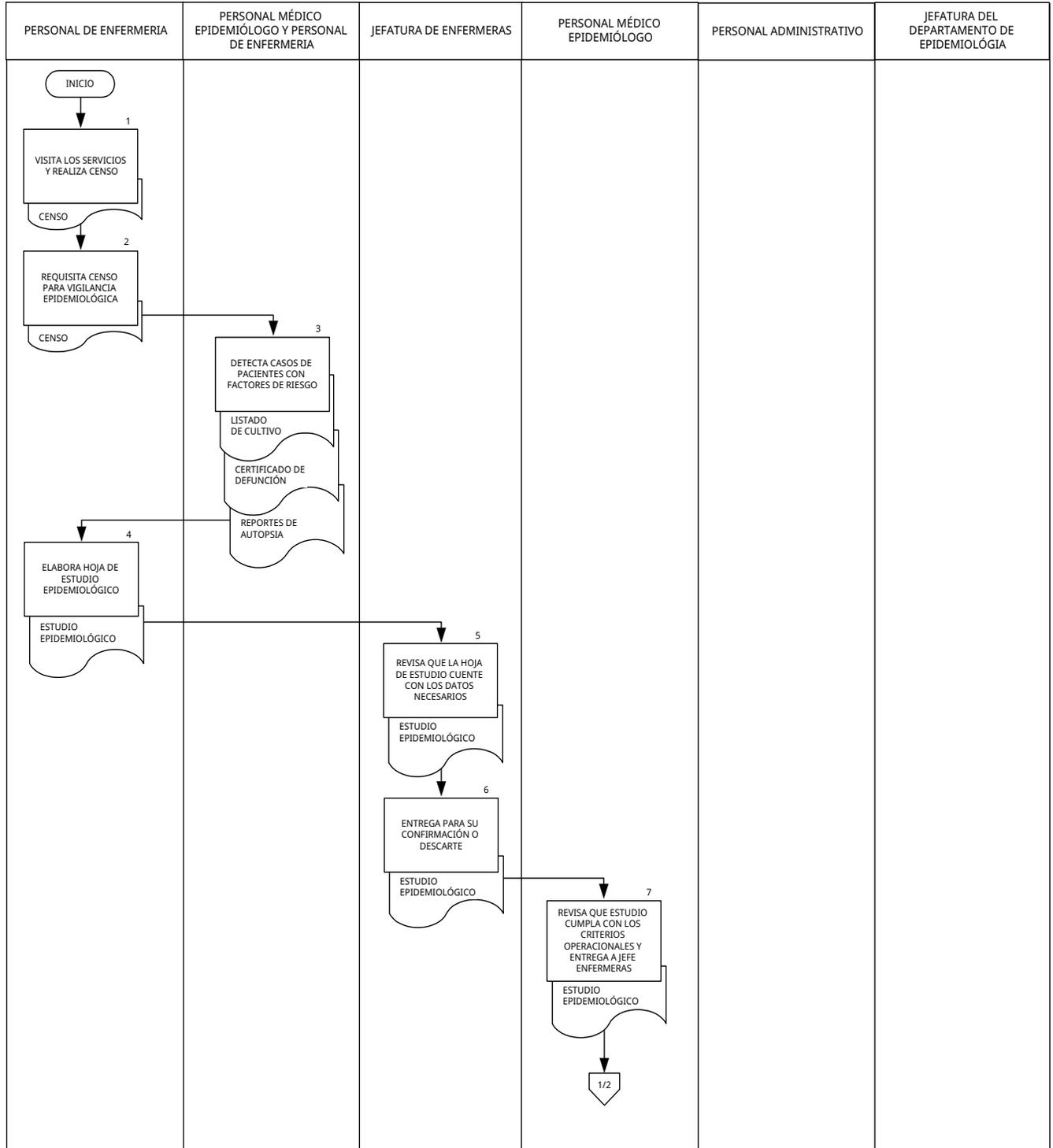
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Personal Administrativo	18	Captura los cultivos nuevos y/o el egreso del caso en EpiNoso y en la Plataforma de la RHOVE y entrega la hoja a la Jefa de Enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo y Jefatura de Enfermeras	19	Revisan la base de datos y verifican que todos los casos registrados en la libreta de control de casos sospechosos de IAAS estén capturados correctamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de control.</li> <li>• Bases de datos de EpiNoso</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo	20	Elaboran informes con la siguiente periodicidad. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mensuales para el CODECIN.</li> <li>➤ Bimestral para el Sistema INDICAS.</li> <li>➤ Trimestral, semestral y anual para cuadernos estadísticos del Hospital.</li> <li>➤ Elabora los Canales Endémicos de IAAS del Hospital y por Servicios para la vigilancia de casos de IAAS y la detección oportuna de brotes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de datos de EpiNoso</li> </ul>
Jefatura del Departamento de Epidemiología	21	Revisa informes de (IAAS) (mensuales, bimestrales, trimestrales y anual) y envía a la Dirección de Coordinación Médica, a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de Infecciones</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo y Personal de Enfermería	22	Observan procedimientos médicos y condiciones ambientales, detecta situaciones de riesgo para IAAS e identifican necesidades de capacitación sobre prevención de IAAS y reportan sus observaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédulas de evaluación</li> <li>• Notas Informativas.</li> </ul>
Jefatura del Departamento Epidemiología	23	Elaboran informes y recomendaciones enfocados a la prevención y control de las IAAS <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Otorgan capacitación sobre temas relacionados a la prevención y control de infecciones; junto con el</li> <li>➤ Médico Epidemiológico y el personal de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notas informativas.</li> <li>• Recomendaciones.</li> <li>• Material audiovisual</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo y Personal de Enfermería	24	Realiza la Vigila la Epidemiológica de los Servicios conforme a los lineamientos establecidos en la NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realiza los estudios epidemiológicos, seguimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios epidemiológicos Informes de IAAS.</li> <li>• Formato de canal endémico</li> </ul>

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 26 de 187	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>

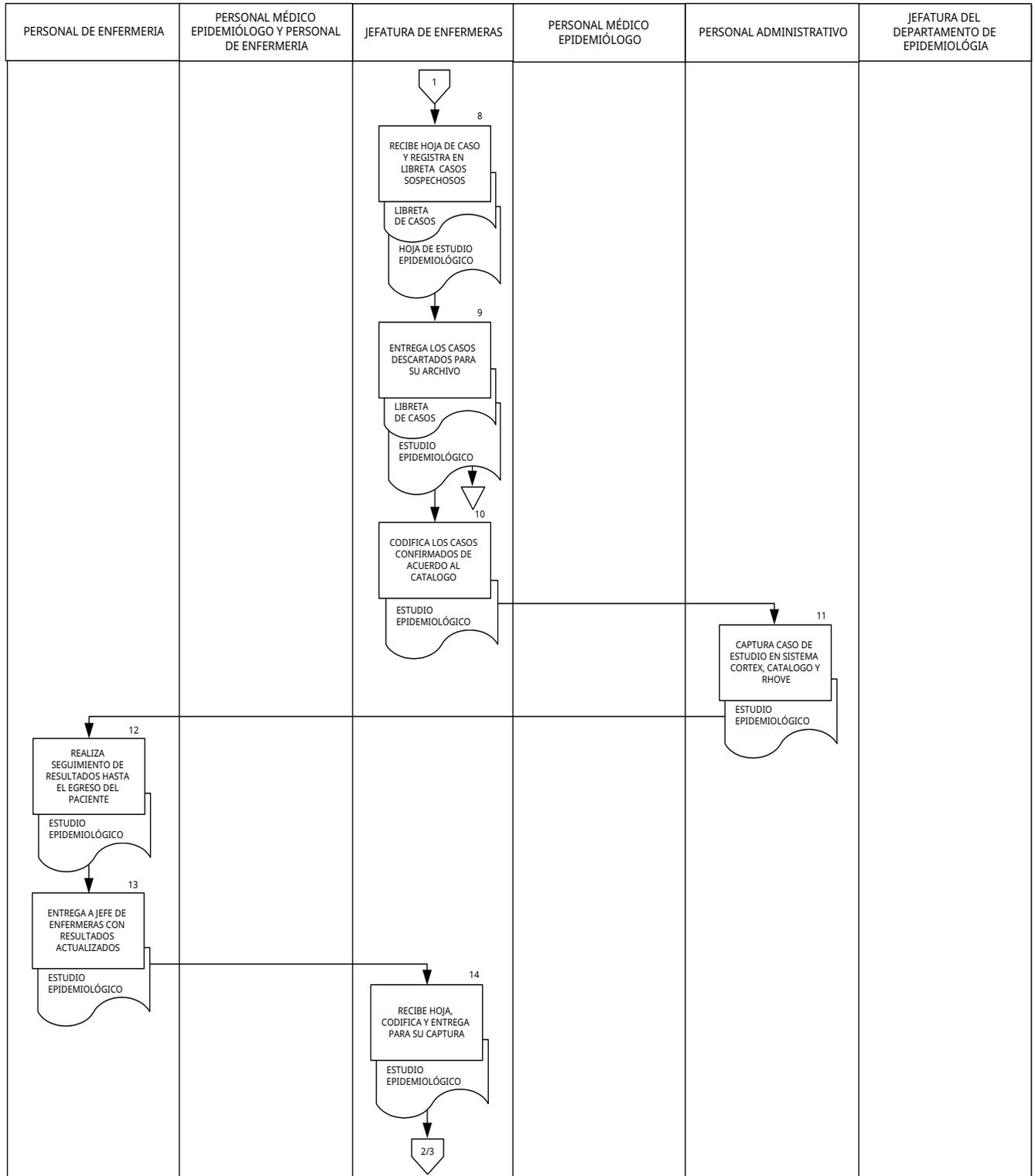
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Personal Médico Epidemiólogo y Personal de Enfermería	25	<p>bacteriológicos, de caso, canal epidémico por servicio, identifica posibles brotes intrahospitalarios de IAAS.</p> <p>Realiza y emite recomendaciones para el control de factores de riesgo conforme a las necesidades de cada servicio.</p>	
Jefe del Departamento de Epidemiología	26	Supervisa en coordinación con las autoridades y Jefes de Servicios los avances de las recomendaciones emitidas por el Departamento; junto con el Médico Epidemiológico, Jefa de Enfermeras y Personal de Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes.</li> <li>• Recomendaciones.</li> <li>• Estudios de Brote.</li> <li>• Minuta</li> </ul>
Jefatura de Enfermeras	27	<p>Participa en el Comité de control de IAAS (CODECIN).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coordina la logística de entrega de invitaciones de las reuniones mensuales del CODECIN</li> <li>➤ Realiza informe del nivel de cumplimiento del apego en higiene de manos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de invitaciones</li> <li>• Informes</li> </ul>
	28	Realiza informe del nivel de cumplimiento del Programa de Prevención y control de Infecciones (PCI).	
Jefatura del Departamento de Epidemiología	29	<p>Presenta informes de IAAS, PCI, HM, Calidad del agua Hospitalaria.</p> <p>Recomendaciones</p> <p>Análisis y tendencias</p> <p><b>TERMINA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdos de las reuniones</li> <li>• Minutas</li> </ul>

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 27 de 187	

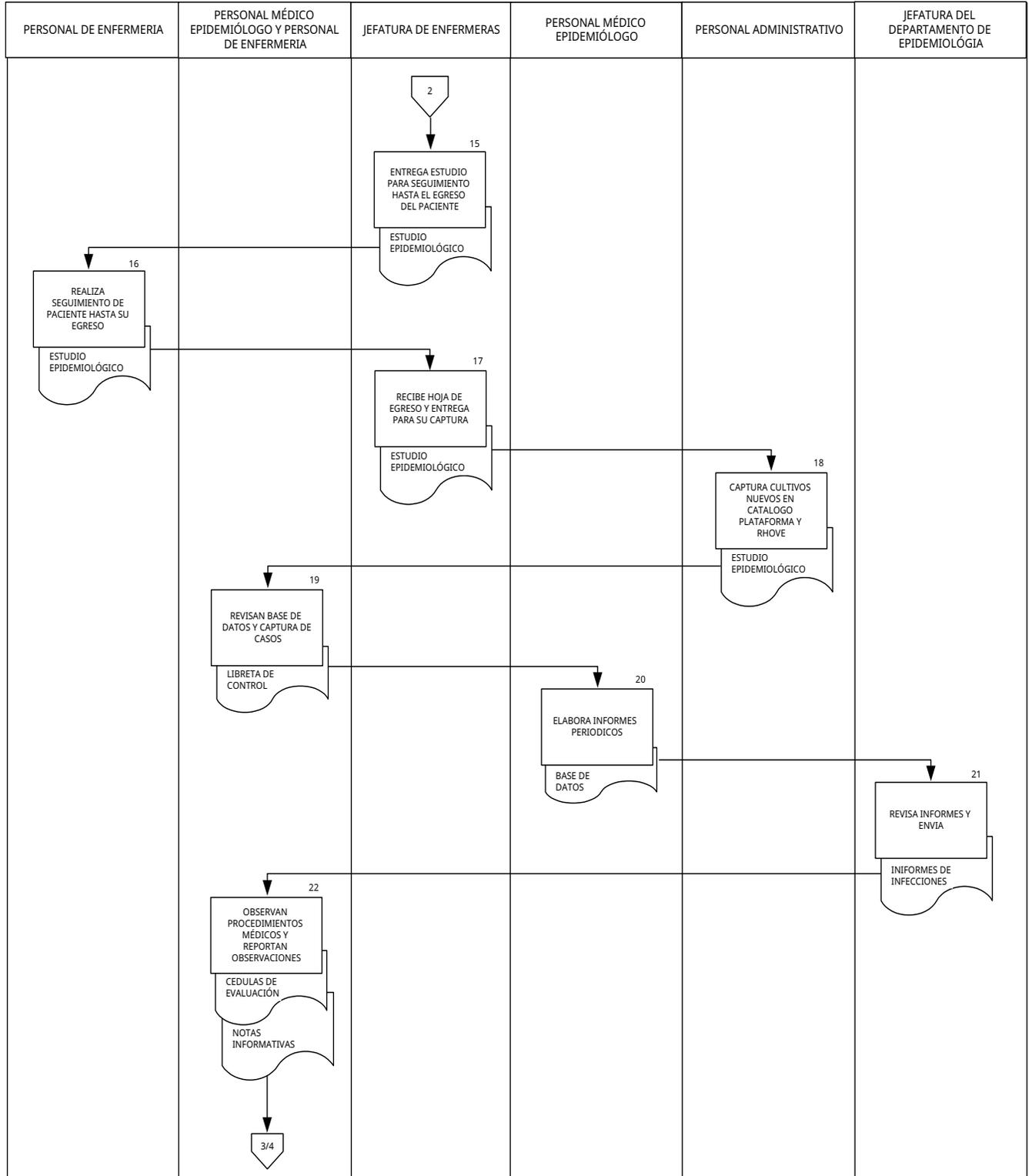
### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



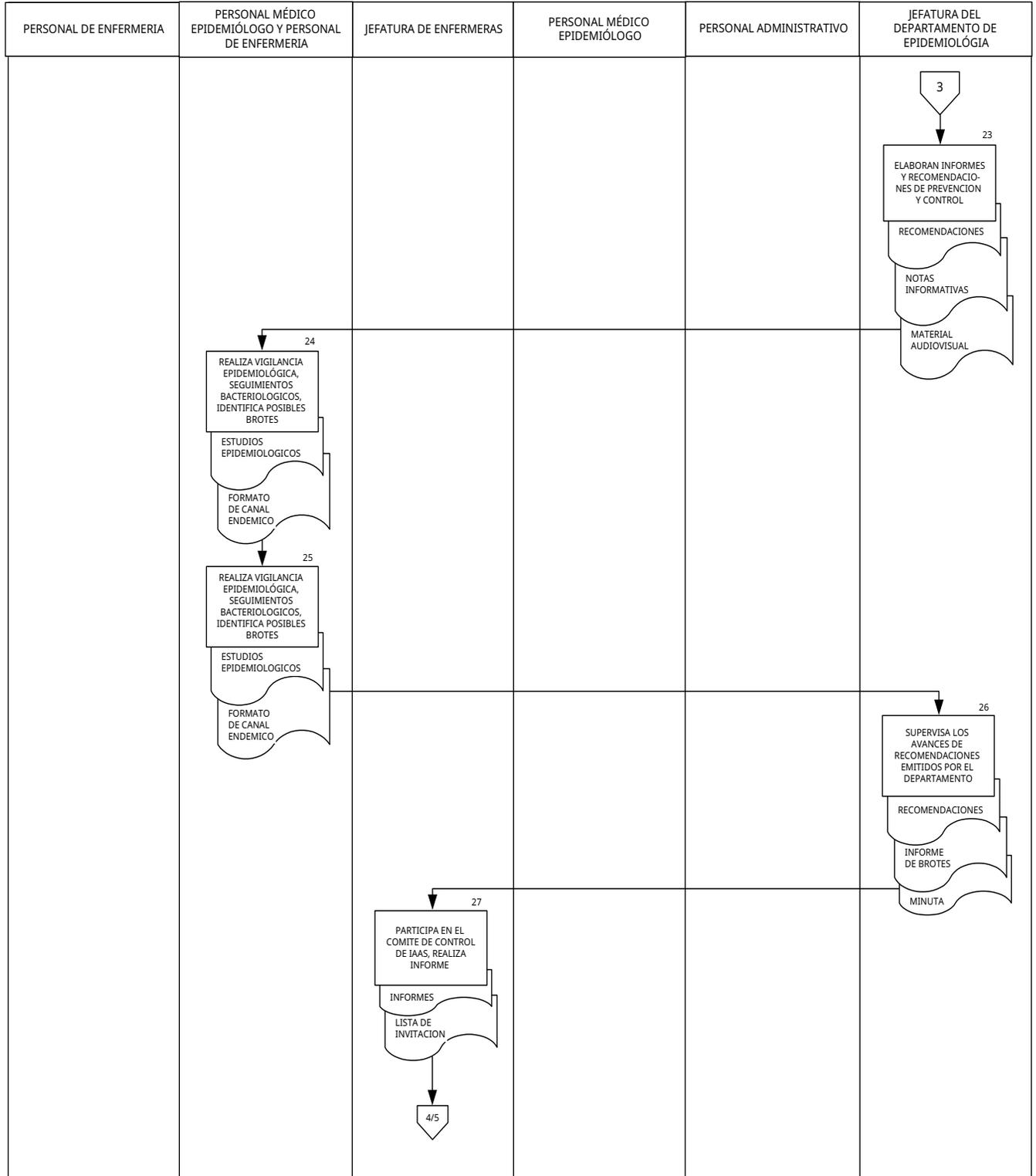
	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 28 de 187		



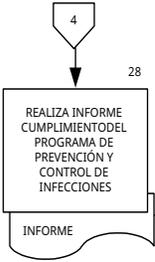
	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 29 de 187		



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 30 de 187	



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 31 de 187	

PERSONAL DE ENFERMERIA	PERSONAL MÉDICO EPIDEMIÓLOGO Y PERSONAL DE ENFERMERIA	JEFATURA DE ENFERMERAS	PERSONAL MÉDICO EPIDEMIÓLOGO	PERSONAL ADMINISTRATIVO	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA
					

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 32 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.3 NOM 045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	No Aplica
6.4 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología, autorizado.	No Aplica
6.5 Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHove) 2015.	No Aplica
6.6 Manual de usuario del sistema informático para la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHove) 2015.	No Aplica
6.7 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.8 Código de Conducta del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Censo de pacientes	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.2 Estudio Epidemiológico de Caso de IAAS	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.3 Minutas de Reuniones mensuales del CODECIN	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.4 Informes	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Caso:** Al individuo de una población en particular que en un tiempo definido, es sujeto de una infección o enfermedad sujeta a Vigilancia Epidemiológica.

**8.2 Casos confirmados:** Pacientes que cumplen los criterios para una Infección Nosocomial de acuerdo a la NOM-045 de Vigilancia Epidemiológica, prevención y control de las infección nosocomiales.

**8.3 Caso de infección nosocomial:** A la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital y que puede manifestarse incluso después de su egreso.

**8.4 Casos sospechosos:** Pacientes que están presentando criterios para una Infección Nosocomial.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 33 de 187	

**8.5 EpiNoso:** Programa de cómputo de uso local diseñado para la captura y análisis de las Infecciones Nosocomiales.

**8.6 Factores de riesgo de Infección Nosocomial:** A las condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de Infección Nosocomial, dentro de las que se encuentran: el diagnóstico de ingreso, la enfermedad de base o enfermedades concomitantes del paciente, el área física, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el propio sistema hospitalario, políticas, el paciente mismo, la presencia de microorganismos o sus toxinas, la falta de capacitación, disponibilidad del personal, de evaluación, garantizar los insumos, la estandarización de los procesos y la calidad de éstos.

**8.7 Infección nosocomial:** A la multiplicación de un patógeno en el paciente o en el trabajador de la salud que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido dentro de un hospital o unidad médica.

**8.8 Plataforma en Línea:** Sistema de cómputo diseñado para la captura y análisis en línea de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud, entre otros padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.

**8.9 RHOVE:** Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica.

**8.10 Seguimiento:** Pacientes en observación.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Censos para la Vigilancia epidemiológica de corta estancia
- 10.2 Censos para la Vigilancia epidemiológica de hospitalización
- 10.3 Censos para la Vigilancia epidemiológica de neonatología
- 10.4 Censos para la Vigilancia epidemiológica de terapias intensivas
- 10.5 Estudio de caso de infecciones asociadas a la atención sanitaria

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 34 de 187	

### 10.1 Censos para la Vigilancia epidemiológica de corta estancia



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA



NOMBRE DE ENFERMERA \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_

FECHA	CAMA										
	EXPEDIENTE										
	F. INGRESO										
	DIAGNOSTICO CIRUGIA										

NOMBRE DEL PACIENTE	OBSERVACIONES

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 35 de 187	

## 10.2 Censos para la Vigilancia epidemiológica de hospitalización

		HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 204-C LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005							
NOMBRE DE LA ENFERMERA.			SERVICIO		FECHA				
FECHA DE VISITA	FECHA DE INGRESO	CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO/EDAD	DIAGNOSTICOS	EXPEDIENTE	MEDIOS INVASIVOS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES

NOMBRE DEL PACIENTE	OBSERVACIONES

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 36 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA

### 10.3 Censos para la Vigilancia epidemiológica de neonatología

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b> DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 204-C LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 D15 0005	
NOMBRE DE LA ENFERMERA. _____	SERVICIO _____	FECHA _____

FECHA DE VISITA	FECHA DE INGRESO	CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE		DIAGNOSTICO	MEDIOS INVASIVOS		TRATAMIENTO		OBSERVACIONES
						F. INSTALACION RETIRO	F. F. INICIO TERMINO	F.	F.	
	CP T.INT. UCIN. PEND. R.I. EDM. EM.									
		RPM	VIA DE NAC.	E. DE NAC.						
		SOG	APGAR PESO	SILVERMAN						
		TALLA P.C.	ECU	SEXO						

NOMBRE DEL PACIENTE	OBSERVACIONES

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 37 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA

### 10.4 Censos para la Vigilancia epidemiológica de terapias intensivas

	<small>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"          DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANZA EPIDEMIOLÓGICA          DEPARTAMENTO DE VIGILANZA EPIDEMIOLÓGICA 304-C          HOJA DE CENSO 304-C</small>	
ENFERMERA _____	SERVICIO _____	FECHA _____

FECHA DE VISITA	FECHA DE INGRESO	CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICOS	MEDIOS INVASIVOS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES						
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">SEXO</td> <td style="width: 30%;">EDAD</td> <td style="width: 40%;">ECU</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FUEO:</td> </tr> </table>	SEXO	EDAD	ECU	FUEO:						
SEXO	EDAD	ECU											
FUEO:													
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">SEXO</td> <td style="width: 30%;">EDAD</td> <td style="width: 40%;">ECU</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FUEO:</td> </tr> </table>	SEXO	EDAD	ECU	FUEO:						
SEXO	EDAD	ECU											
FUEO:													
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">SEXO</td> <td style="width: 30%;">EDAD</td> <td style="width: 40%;">ECU</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FUEO:</td> </tr> </table>	SEXO	EDAD	ECU	FUEO:						
SEXO	EDAD	ECU											
FUEO:													

NOMBRE DEL PACIENTE	OBSERVACIONES



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 39 de 187	

III.- LINEA DE TIEMPO DE TEMPERATURA Y LABORATORIOS DE IMPORTANCIA (Registrar solo números)																																
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
FIEBRE (>38°)																																
LEUCOCITOS > 10 (x 1000)																																
Procalcitonina >0.5																																

IV.- LINEA DE TIEMPO DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS																																
SONDA VESICAL	Fecha de instalación											Servicio de instalación																				
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
SEGUIMIENTO																																

Especificaciones: Colocación (1); Recambio (2); Retiro (3); Ingres con sonda (4); Día consecutivo: (X)

CATÉTER VENOSO CENTRAL	Fecha de instalación											Sitio				Servicio de instalación																
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
SEGUIMIENTO																																

Especificaciones: Colocación (1); Recambio (2); Retiro (3); Ingres con catéter (4); Día consecutivo: (X)

VENTILACIÓN MECÁNICA	Fecha de instalación											Servicio donde se intuba																				
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
SEGUIMIENTO																																

HERIDA QUIRURGICA	Fecha de Inicio											Sitio																				
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
SEGUIMIENTO																																

V.- PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS				
Procedimiento Quirúrgico	Tipo de cirugía	Tipo de Hx Qx	Tiempo Qx	Cirujano Responsable
PREVIO A LA CIRUGIA				
Temperatura Qx	Temperatura del Pte	Antibiotico Profilactico	Glucosa del Pte	Otros

Tipo de Cirugía Urgencias (1); Electiva (2). Tipo de Heridas Quirúrgicas Limpia (0); Limpia-contaminada (1); Contaminada (2); Sucia o infectada (3).

SITIO DE INFECCION: \_\_\_\_\_ ( )

VI.- DATOS DE INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)					
SERVICIO AL QUE SE LE ATRIBUYE LA INFECCIÓN	<table border="1"> <tr> <td>FECHA DE INICIO:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>FECHA DE DETECCIÓN:</td> <td> </td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO:		FECHA DE DETECCIÓN:	
FECHA DE INICIO:					
FECHA DE DETECCIÓN:					

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO** ( De acuerdo con las Definiciones Operacionales de la NOM-045-SSA2-2005 y Manual RHOVE 2016 )

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 40 de 187	

VII.- LINEA DE TIEMPO DE ANTIMICROBIANOS SISTÉMICOS																															
Antimicrobiano / Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

VIII.- CULTIVOS					
Folio	Fecha	Cultivo	Microorganismo	Codigo	Resistencia

**Resistencia:** Sin importancia epidemiologica (0); RESISTENCIA OXACILINA (1); RESISTENCIA VANCOMICINA (2); BLEE (3); RESISTENCIA CARBAPENÉMICOS (4). Res. COLISTINA (5)

**MDR:** Resistencia >3 familias. MDR+: Resistencia >5 familias    SEN 1 = Sensibilidad 1, SEN 1 = Sensibilidad 2, SEN 1 = Sensibilidad 3, RES 1 = Resistencia 1, RES 1 = Resistencia 2,

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>1. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 41 de 187	

IX.- FACTORES DE RIESGO						
FACTOR DE RIESGO	Días	Código	N°	FACTOR DE RIESGO	Días	Código
1			4			
2			5			
3			6			

X.- CAUSAS DE DEFUNCIÓN			
<b>DIAGNÓSTICOS DE DEFUNCIÓN</b>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:</td> <td> </td> </tr> </table>	FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:	
FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:			
	DEFUNCIÓN ASOCIADA: <input type="checkbox"/> (0=SI 1=NO)		

XI. CLASIFICACIÓN FINAL			
CLASIFICACIÓN FINAL: CASO DE IAAS	SI ( )	FECHA DE CONFIRMACIÓN O DESCARTE	/ / Día Mes Año
CONFIRMADO o DESCARTADO POR:	_____	FIRMA:	_____

RESPONSABLE ELABORACIÓN DE CASO: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE LA CAPTURA: \_\_\_\_\_

MECANISMO DE CAPTACIÓN: (RS) (VS) (DEF)

RS-REPORTE DEL SERVICIO, VS- VISITA AL SERVICIO, RL-REPORTE DE LABORATORIO, DEF-CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O AUTOPSIA

**CRITERIOS DEL MOTIVO DE DESCARTE**

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 42 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA

## 2. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 43 de 187	

## 1. PROPÓSITO

1.1 Detectar y elaborar oportunamente el estudio epidemiológico de acuerdo a la NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica y su para atención oportuna de los usuarios de Hospital.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología y la unidad de Epidemiología vigilan y efectúan estudios epidemiológicos de enfermedades en el Hospital.

2.2 A nivel externo: El procedimiento aplica a la Dirección General de Epidemiología.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El estudio epidemiológico será exclusivo para uso y consulta de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

3.2 El personal de Enfermería del Departamento de Epidemiología en coordinación con el Médico Epidemiológico serán los responsables del llenado del estudio epidemiológico y de su notificación al Centro de Salud y/o Jurisdicción Sanitaria.

3.3 El estudio epidemiológico se realizará según se requiera y conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.

3.4 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 44 de 187	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Médico Epidemiólogo y Personal de Enfermería.	1	Detectan casos de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica conforme la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica a través de la visita a los Servicios: revisando expediente, hojas de enfermería, resultados de los laboratorios Bacteriología, Virología, Micobacteriológico, certificados de defunción y Reportes de autopsias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de Laboratorio</li> <li>• Certificados de Defunción.</li> <li>• Reportes de Autopsia</li> </ul>
Personal de Enfermería	2	Recaba información necesaria de acuerdo a la enfermedad sujeta a vigilancia y definición operacional, en el formato de estudio epidemiológico correspondiente y lo entrega a la Jefa de Enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios Epidemiológicos de Casos.</li> <li>• Censo diario de pacientes.</li> <li>• Libreta de casos.</li> </ul>
	3	Registra en censo diario de pacientes hospitalizados los casos de notificación semanal que requieren estudio epidemiológico de caso; así como los que son de notificación inmediata.	
	4	Registra en el censo diario de pacientes hospitalizados los casos de notificación semanal que requieren notificación semanal por paloteo.	
	5	<p>Anota el caso sujeto a vigilancia epidemiológica de pacientes en la libreta de control de estudios epidemiológicos de caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotando los siguientes datos.</li> <li>• Numero consecutivo</li> <li>• Fecha de detección y elaboración de caso.</li> <li>• Servicio/cama</li> <li>• Nombre de paciente.</li> <li>• Diagnóstico probable</li> <li>• Nombre de enfermera que elabora el caso.</li> <li>• Determinación de caso nuevo o de seguimiento.</li> <li>• Anota la confirmación o desenlace del caso.</li> <li>• Semana de notificación.</li> <li>• Observaciones.</li> </ul>	
Jefatura de Enfermeras	6	Entrega el estudio epidemiológico del caso, al personal Médico Epidemiólogo de acuerdo a la distribución de Servicios e Informa a la Jefatura del Departamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios Epidemiológicos de Casos</li> </ul>

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 45 de 187	

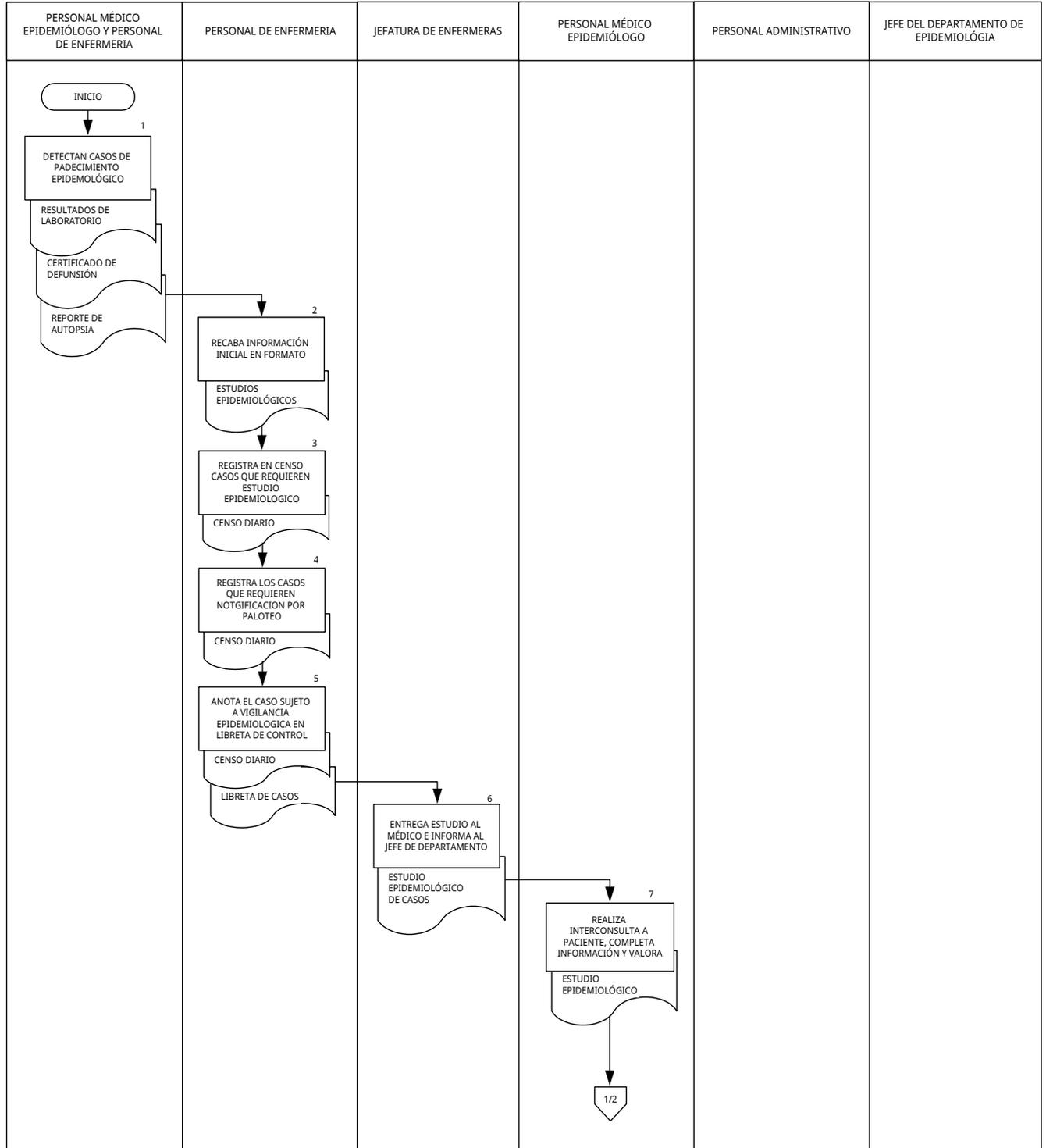
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Médico Epidemiólogo	7	Realiza interconsulta al paciente y complementa información al estudio epidemiológico de caso y verifica.  ¿Es caso epidemiológico?	• Estudios Epidemiológicos de Casos
	8	No: Se descarta el caso, se archiva y termina el procedimiento.	
	9	Si: Clasifica el caso como probable, realiza la toma la muestra biológica conforme a lo estipulado en la normativa para la confirmación del caso, para envío al INDRE a través del Centro de Salud y de la Jurisdicción Sanitaria, para realización de pruebas confirmatorias.	
Personal de Enfermería	10	Realiza embalaje de muestra.	• Muestra Biológica
Personal Administrativo	11	Realiza oficio solicitando transporte para envío de muestras.	• Oficio de envío
Médico Epidemiólogo y de Enfermería	12	Emite de Recomendaciones al servicio tratante	• Nota medica
Médico Epidemiólogo	13	Requisita los formatos de los casos confirmados epidemiológicos	• Estudios Epidemiológicos de Casos
Jefe del Departamento de Epidemiología	14	Revisa Estudios Epidemiológicos de Caso para incluirlos en la Notificación Semanal de Casos Nuevos	• Estudios Epidemiológicos de Casos
Jefe de Enfermeras	15	Integra todos los casos detectados en los Servicios del Hospital por el Personal de Enfermería en el formato de Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-1-2020, incluyendo los que requieren estudio epidemiológico y los de notificación inmediata.	• Formato SUIVE-1-2020
Personal Administrativo	16	Captura los casos detectados en el Departamento y los notificados por los Servicios del Hospital en el formato de Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-1-2020.	• Formato SUIVE-1-2020 • Oficio.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 46 de 187	

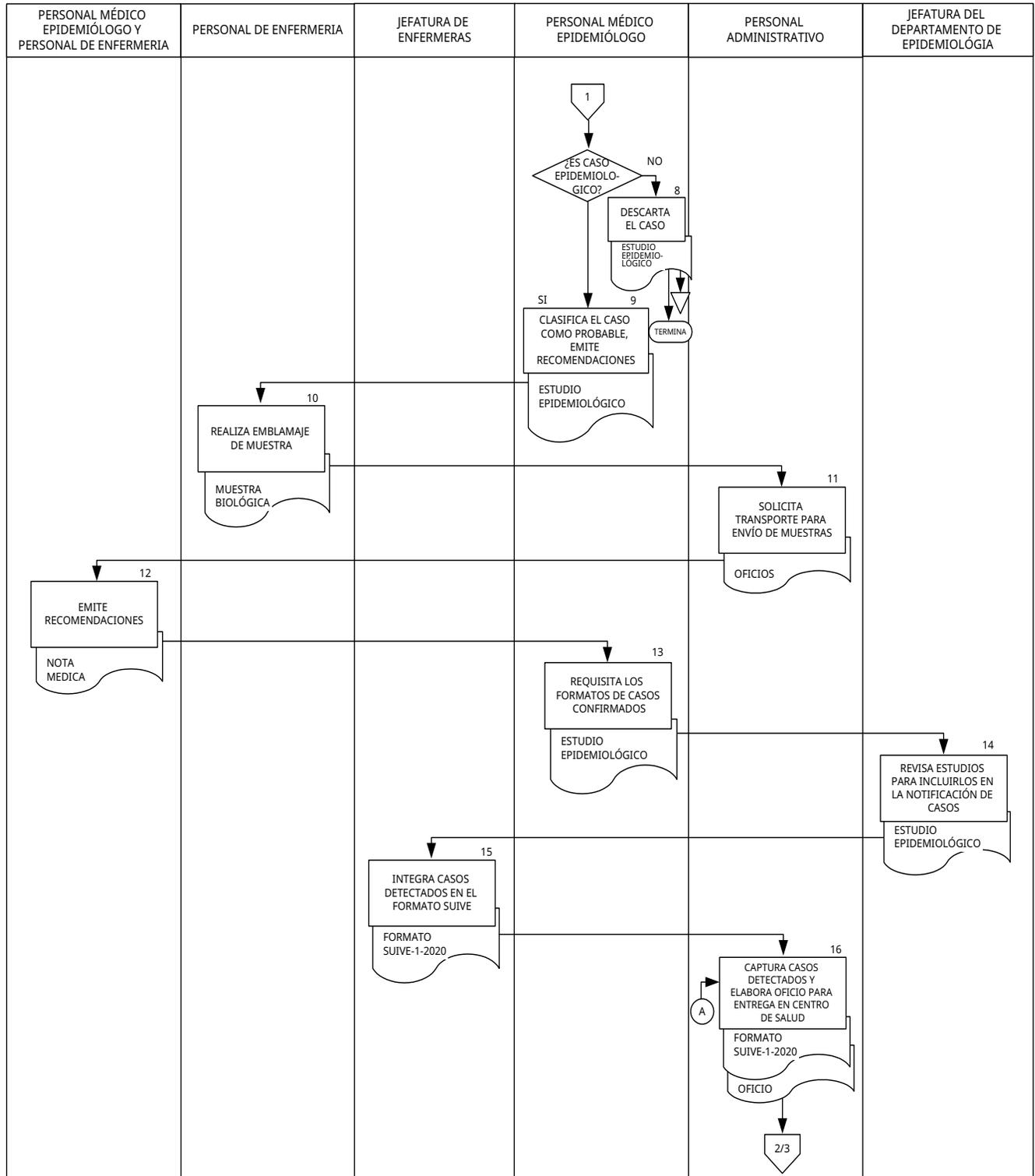
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	17	Elabora oficio para su entrega al Centro de Salud.	
	18	Entrega SUIVE-1-2020 y oficio a Jefe de Servicio.	
Jefe del Departamento de epidemiología.	19	Revisa el Formato de Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-1-2020 y los Estudios Epidemiológicos de Caso incluidos como soporte, revisa y firma el oficio de entrega.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato SUIVE-1-2020</li> <li>• Estudios Epidemiológicos de Caso y/o Sistemas Especiales.</li> <li>• Oficio.</li> </ul>
	20	¿Procede SUIVE? No: Solicita corrección y regresa a actividad 16.	
	21	Si: Firma SUIVE y oficio, entrega a unidad de enlace jurisdiccional.	
Médico Epidemiólogo y Personal de Enfermería.	22	Dan seguimiento del caso epidemiológico hasta alta sanitaria o egreso hospitalario.  <b>TERMINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Censos de vigilancia epidemiológica</li> </ul>

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	Diciembre 2024	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 47 de 187	

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 48 de 187		





 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 50 de 187		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.2 NOM.017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica.	No Aplica
6.3 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología.	No Aplica
6.4 Manuales de Vigilancia Epidemiológica de los padecimientos sujetos a Vigilancia Epidemiológica publicados por la Dirección General de Epidemiología vigentes.	No Aplica
6.5 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.6 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-1-2014	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.2 Estudio Epidemiológico de Caso	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.3 Estudio Epidemiológico de Caso de Sistemas Especiales	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.4 Oficio de entrega del Formato de Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-1-2014	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Caso:** Al individuo en quien se sospecha, presume o confirma que padece una enfermedad o evento de interés epidemiológico.

**8.2 Caso sospechoso:** al individuo susceptible que presenta algunos síntomas o signos compatibles con el padecimiento o evento bajo vigilancia.

**8.3 Caso confirmado:** Al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, o aquel que presente evidencia de asociación epidemiológica con algún caso confirmado por laboratorio.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 51 de 187		

**8.4 Caso descartado:** Al caso sospechoso o probable en quien por estudios auxiliares, determina que no es causado por la enfermedad que inicio su estudio o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos y síntomas propios de cualquier otro padecimiento o evento bajo vigilancia diferente al que motivó el inicio del estudio, así como la evidencia epidemiológica, en ellos puede o no conformación de otro diagnóstico. Aquel que no cumple con los criterios de caso probable (si es sospechoso) o confirmado (si es probable).

**8.5 Estudio epidemiológico de caso:** A la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre.

**8.6 Notificación:** A la acción de informar al nivel inmediato superior acerca de la presencia de padecimientos o eventos de interés epidemiológicos.

**8.7 SINAVE:** Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

**8.8 SUIVE:** Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato de caso genérico
- 10.2 Formato de caso para notificación de tuberculosis
- 10.3 Formato de caso para cólera
- 10.4 Formato de caso para defecto de tubo neural
- 10.5 Formato de caso para difteria
- 10.6 Formato de caso para enfermedad febril exantemática
- 10.7 Formato de caso para enfermedad meningocócica
- 10.8 Formato de caso para muerte materna
- 10.9 Formato de caso para parálisis flácida
- 10.10 Formato para notificación de enfermedad diarrea aguda
- 10.11 Formato de caso para rubeola congénita
- 10.12 Formato de caso para tétanos neonatal
- 10.13 Formato de caso para tétanos
- 10.14 Formato de caso para tosferina
- 10.15 Formato de caso para enfermedades transmisibles por vector

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 52 de 187	

10.16 Formato de lesión por mordedura de perro

10.17 Formato de morbilidad materna severa

10.18 Formato de lepra

10.19 Formato de VIH-SIDA

10.20 Formato de enfermedad respiratoria viral





	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 55 de 187	

## 10.2 Formato de caso para notificación de tuberculosis

							
<b>SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE TUBERCULOSIS</b>							
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA.</b>							
No. de afiliación o expediente: _____				Folio de Caso: _____			
Nombre: _____				RFC: _____ CURP: _____			
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre (s)			
<b>DATOS DEL NACIMIENTO</b>							
Estado de nacimiento: _____				Municipio de nacimiento: _____			
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Edad: Años [ ] [ ] Meses [ ] [ ]		Días [ ] [ ]		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Día		Mes		Año			
¿Habla lengua indígena? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____				¿Es indígena? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>RESIDENCIA ACTUAL</b>							
Estado: _____		Jurisdicción: _____		Municipio: _____			
Localidad: _____		Colonia: _____		Calle: _____		N° Ext: _____ N° Int: _____	
Teléfono: _____		Referencia o Entre qué calles: _____				C.P.: _____	
¿Es Persona en situación de calle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<b>ESCOLARIDAD</b>							
Sin escolaridad <input type="checkbox"/>		Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/>		Menos de 3 años de primaria <input type="checkbox"/>		De 3 a 5 años de primaria <input type="checkbox"/>	
Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>		Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/>		Preparatoria <input type="checkbox"/>		Carrera técnica <input type="checkbox"/>	
Postgrado <input type="checkbox"/>		No aplica <input type="checkbox"/>		No especificado <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>	
Primaria completa <input type="checkbox"/>						Profesional <input type="checkbox"/>	
<b>OCUPACIÓN</b>							
_____							
<b>DOMICILIO LABORAL</b>							
Estado: _____		Municipio: _____		Localidad: _____		Colonia: _____	
Calle: _____				N° Ext: _____		N° Int: _____	
Teléfono: _____		Referencia o Entre qué calles: _____				C.P.: _____	
<b>II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE</b>							
Nombre de la Unidad: _____		Estado: _____		Jurisdicción: _____			
Clave de la Unidad: _____		Municipio: _____		Localidad: _____			
Delegación: _____		Institución: _____		Nivel de atención: <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 2do <input type="checkbox"/> 3er			
Fecha de Solicitud de la Atención: ____/____/____		Fecha de Notificación a la JS: ____/____/____		Fecha de Notificación a la DGE: ____/____/____			
Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año			
Fecha de Inicio del Estudio: ____/____/____		Fecha de Notificación al Estado: ____/____/____		Fecha de Término del Estudio: ____/____/____			
Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año			
<b>TIPO DE BÚSQUEDA</b>							
<b>BÚSQUEDA PASIVA</b> <input type="checkbox"/>		Consulta externa <input type="checkbox"/>		Hospitalización <input type="checkbox"/>		Examen de contactos <input type="checkbox"/>	
<b>BÚSQUEDA ACTIVA</b> <input type="checkbox"/>		Escuela <input type="checkbox"/>		Feria de salud <input type="checkbox"/>		Otro (especifique) _____	
<b>III. CUADRO CLÍNICO</b>							
Fecha de inicio de signos y síntomas: ____/____/____		Peso: _____ Kg.		Talla: _____ cm.		IMC: _____	
Día Mes Año							
(Si=1, No=2, Ignorados=9)							
<input type="checkbox"/> Tos productiva		<input type="checkbox"/> Astenia		<input type="checkbox"/> Cefalea		<input type="checkbox"/> Adenopatía	
<input type="checkbox"/> Tos seca		<input type="checkbox"/> Adinamia		<input type="checkbox"/> Hiporexia		<input type="checkbox"/> Vómito	
<input type="checkbox"/> Estupor		<input type="checkbox"/> Temblor		<input type="checkbox"/> Debilidad		<input type="checkbox"/> Hemoptisis	
<input type="checkbox"/> Fiebre		<input type="checkbox"/> Diaforesis		<input type="checkbox"/> Náuseas		<input type="checkbox"/> Letargo	
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso		<input type="checkbox"/> Somnolencia		<input type="checkbox"/> Detención del crecimiento		<input type="checkbox"/> Sx.Derrame pleural	
<input type="checkbox"/> Desorientación		<input type="checkbox"/> Convulsiones		<input type="checkbox"/> Rigidez de nuca		<input type="checkbox"/> Debilidad muscular	
<input type="checkbox"/> Parálisis		<input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____					
Localización de la enfermedad: <input type="checkbox"/> 1. Pulmonar, 2. Meningea/SNC, 3. Intestinal/Peritoneo, 4. Ósea, 5. Renal, 6. Genitourinario, 7. Piel, 8. Ojo, 9. Oído, 10. Glándula tiroidea, 11. Glándula suprarrenal, 12. Ganglionar, 13. Miliar, 14. Pleural, 15. Otras. Especifique: _____							
En caso de ser MIXTA, indique las localizaciones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<b>IV. ENFERMEDADES ASOCIADAS</b>							
(Si=1, No=2)							
<input type="checkbox"/> VIH/Sida		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Desnutrición		<input type="checkbox"/> Neoplasias	
<input type="checkbox"/> Inmunosupresión		<input type="checkbox"/> Alcoholismo		<input type="checkbox"/> Tabaquismo		<input type="checkbox"/> Usuario de drogas	
<input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____							
<b>V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>							
Antecedente vacunal con BCG: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de vacunación: ____/____/____					
Día Mes Año							
¿Se aplicó PPD? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de aplicación: ____/____/____		Resultado: <input type="checkbox"/> 1. Reactor, 2. No reactor			
Día Mes Año							
¿Padeció tuberculosis anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, indique el año de diagnóstico: _____					
¿Tuvo contacto con alguna persona que padezca o padeciera tuberculosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, indique el año: _____					
¿Se ofertó a la persona prueba para detección de Diabetes Mellitus? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de realización: ____/____/____		Resultado: <input type="checkbox"/> 1. Positivo, 2. Negativo			
Día Mes Año							
¿Se aceptó la prueba para detección de Diabetes Mellitus? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de realización: ____/____/____		Resultado: <input type="checkbox"/> 1. Positivo, 2. Negativo			
Día Mes Año							
¿Se ofertó a la persona prueba para detección de VIH? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de realización: ____/____/____		Resultado: <input type="checkbox"/> 1. Positivo, 2. Negativo			
Día Mes Año							
¿Se aceptó la prueba para detección de VIH? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, indique el documento de referencia <input type="checkbox"/>		1. Hoja de referencia, 2. Otro, 3. Ninguno			
¿Es un caso binacional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		País de procedencia <input type="checkbox"/>		1. Estados Unidos de América, 2. Guatemala, 3. Belice, 4. Otro Especifique: _____			
Día Mes Año							
Para mujeres en edad reproductiva, especifique si está Embarazada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

<b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			<b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>				
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 56 de 187		

**VI. LABORATORIO Y GABINETE**

N°	Estudio	Muestra	PRUEBAS PARA DIAGNÓSTICO					Nombre del laboratorio que procesó la muestra
			Fecha de Toma	Fecha de Envío	Fecha de Recepción	Resultado	Fecha de Resultado	
1			/ /	/ /	/ /		/ /	
2			/ /	/ /	/ /		/ /	
3			/ /	/ /	/ /		/ /	
4			/ /	/ /	/ /		/ /	
5			/ /	/ /	/ /		/ /	

**Tipo de Estudio:** 1. Bacteriología, 2. Cultivo, 3. Prueba Xpert MTBRIF, 4. PCR, 5. Histopatología, 6. Radiografía, 7. TAC, 8. Citoquímico, 9. Otro.

**Tipo de Muestra:** 1. Espudo, 2. Lavado bronquioalveolar, 3. Aspirado traqueal, 4. Aspirado gástrico, 5. LCR, 6. Líquido pleural, 7. Líquido pericárdico, 8. Biopsia pleural, 9. Biopsia ganglionar, 10. Biopsia de endometrio, 11. Biopsia de miocardio, 12. Biopsia ósea, 13. Biopsia de pericardio, 14. Biopsia de intestino, 15. Otro tipo de biopsia, 16. Orina, 17. Otra.

**Resultado para BK:** 1. Negativo (-), 2. Positivo contable (de 1 a 9 BAAR), 3. Positivo (+), 4. Positivo (++), 5. Positivo (+++), 6. No realizado, 7. Sin información, 8. Muestra inadecuada.

**Resultado para Cultivo:** 1. Negativo, 2. Positivo, 3. Positivo: entre 1 y 19 colonias en el total de medios sembrados, 4. Positivo (+), 5. Positivo (++), 6. Positivo (+++), 7. Contaminado, 8. No realizado, 9. Sin información, 10. Muestra inadecuada.

**Resultado para PCR:** 1. Negativo, 2. MTB, 3. CMTB, 4. *M. bovis*, 5. MNTB, 6. No realizado, 7. Sin información, 8. Muestra inadecuada.

**Resultado de Identificación:** 1. CMTB, 2. MTB, 3. *M. bovis*, 4. *M. bovis* BCG, 5. MNTB.

**Resultado para Xpert:** (N): MTB No detectado, (T): MTB detectada sin resistencia a Rifampicina, (RR): MTB detectada con resistencia a Rifampicina, (TI): MTB detectada con resistencia a Rifampicina indeterminada, (I): Invalidado/Sin resultado/Error, (M) Muestra inadecuada.

**Resultado para Histopatología, Radiografía, TAC y Citoquímico:** 1. Con datos sugestivos de TB, 2. Sin datos sugestivos de TB, 9. Sin información, 10. Muestra inadecuada.

**Resultado para Otros:** 1. Positivo, 2. Negativo, 9. Sin información, 10. Muestra inadecuada.

**VII. TIPO DE PACIENTE**

Clasificación del caso:  Confirmado  Descartado  Fecha de Diagnóstico: / /

Criterio Diagnóstico para Casos Confirmados:  Laboratorio  Clínico-Epidemiológico

Tipo de paciente:  1. Nuevo, 2. Nuevo resistente, 3. Reingreso por abandono a tratamiento primario, 4. Reingreso por abandono a tratamiento estandarizado o individualizado, 5. Reingreso por abandono a tratamiento primario, 6. Reingreso por fracaso al tratamiento primario, 7. Reingreso por fracaso al tratamiento estandarizado o individualizado, 8. Reingreso por fracaso a tratamiento estandarizado o individualizado, 9. Recaida a tratamiento primario, 10. Recaida a tratamiento estandarizado, 11. Recaida a tratamiento estandarizado o individualizado.

**VIII. TRATAMIENTO**

¿Se inició tratamiento?  SI  No  Fecha de inicio de tratamiento: / /

Esquema inicial de tratamiento:  1. Primario acortado, 2. Retratamiento estandarizado, 3. Retratamiento individualizado, 4. Retratamiento individualizado para no MFR, 5. Retratamiento acortado, 6. Otro Específico:

**IX. ESTUDIO DE CONTACTOS**

NOMBRE	EDAD	SEXO	Comorbidad*	EXAMINADO		PPD Resultado**		IGRAS Resultado**		Caso Probable		Padece TB		TPI****	FECHA DE INICIO DE LA TPI	FECHA DE TÉRMINO DE LA TPI
				Apellido paterno, Apellido materno y Nombre (s)	M	F	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí			
1															/ /	/ /
2															/ /	/ /
3															/ /	/ /
4															/ /	/ /
5															/ /	/ /
6															/ /	/ /
7															/ /	/ /
8															/ /	/ /
9															/ /	/ /
10															/ /	/ /

\* Comorbilidad: 1. VIH, 2. DM (Diabetes Mellitus), 3. Otra, 4. Ninguna. \*\*PPD: R: Reactor, NR: No reactor. \*\*\*IGRAS: P: positivo, N: negativo, I: indeterminado. \*\*\*\*TPI: Terapia Preventiva con Isoniacida.

**X. ESTUDIO DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA**

El caso amerita pruebas de susceptibilidad antimicrobiana  SI  No Fecha de Detección como probable Farmacorresistente: / /

**SUSCEPTIBILIDAD A PRIMERA LÍNEA**

Fecha de Toma	Fecha de Envío	Fecha de Recepción
/ /	/ /	/ /

(Si=1, No=2)

Fecha de Resultado	Método	Resultado
/ /		

Isoniacida (H)  Rifampicina (R)  Pirazinamida (Z)  Etambutol (E)  Estreptomina (S)

**SUSCEPTIBILIDAD A OTROS MEDICAMENTOS**

Fecha de Toma	Fecha de Envío	Fecha de Recepción
/ /	/ /	/ /

(Si=1, No=2)

Fecha de Resultado	Método	Resultado
/ /		

Amikacina (Am)  Kanamicina (Km)  Capreomicina (Cm)  Levofloxacino (Lfx)  Moxifloxacino (Mfx)  Pto: Protionamida  Cs: Cloxerina  Lzd: Linezolid  Cfz: Clofazimina  Inyectables (INy)  Fluorquinolonas (Fq)

**TIPO DE FARMACORRESISTENCIA**  1. Sensible, 2. RR, 3. Monorresistente, 4. Polirresistente, 5. Multifarmacorresistente, 6. Resistencia extendida a fármacos (XDR).

Nombre del laboratorio que procesa la muestra: \_\_\_\_\_

**Método utilizado:** 1. Fenotípico por equipo MGIT, 2. Fenotípico por el método de las Proporciones, 3. Prueba Xpert MTBRIF, 4. LPA 1L (MTBDRplus) 5. LPA 2L (MTBDRsl)

**Resultado:** 1. Sensible, 2. Resistente, 3. Contaminado, 4. Sin resultado, 5. No realizado.

**Resultado: Xpert** (N): MTB no detectado, (T): MTB detectada sin resistencia a Rifampicina, (RR): MTB detectada con resistencia a Rifampicina, (TI): MTB detectada con resistencia a Rifampicina indeterminada, (I): Invalidado/Sin resultado/Error.

**Resultado: \*LPA 1L (MTBDRplus)** 1. Negativo: CMTB no detectado, 2. CMTB detectado sin resistencia a Rifampicina e Isoniacida, 3. CMTB detectado con resistencia a Rifampicina (*rpoB*) e Isoniacida (*katG / inhA / Ambas*), 4. CMTB detectado con resistencia solo a Rifampicina (*rpoB*), 5. CMTB detectado con resistencia solo a Isoniacida (*katG / inhA / Ambas*), 6. Resultado invalidado, 7. Sin información, 8. No realizado.

**Resultado: \*LPA 2L (MTBDRsl)** 1. Negativo: CMTB no detectado, 2. CMTB detectado sin resistencia a Fluorquinolonas e Inyectables, 3. CMTB detectado con resistencia a Fluorquinolonas (*gyrA / gyrB / Ambas*) e Inyectables (*rrs / eis / Ambas*), 4. CMTB detectado con resistencia solo a Fluorquinolonas (*gyrA / gyrB / Ambas*), 5. CMTB detectado con resistencia solo a Inyectables (*rrs / eis / Ambas*), 6. Resultado invalidado, 7. Sin información, 8. No realizado.

**XI. EVOLUCIÓN**

**ESTADO ACTUAL:**  1. En tratamiento, 2. Sin tratamiento, 3. Referido y/o En traslado (Anotar en observaciones la entidad de la unidad de traslado).

**XII. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO
\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 57 de 187	

### 10.3 Formato de caso para cólera

											
<b>ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE CÓLERA</b>											
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO</b>											
¿CASO INCLUIDO EN NUTRAVE? <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 1=SI, 2=NO			NÚMERO DE FOLIO _____								
			No. AFILIACIÓN / EXPEDIENTE: _____								
			CURP: _____								
NOMBRE: _____											
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)					
FECHA DE NACIMIENTO: _____			NACIONALIDAD: _____			OTRA (Especifique): _____					
DÍA MES AÑO											
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		EDAD: _____									
<b>RESIDENCIA ACTUAL</b>											
ENTIDAD: _____			JURISDICCIÓN: _____			MUNICIPIO/DELEG: _____					
LOCALIDAD: _____			COLONIA: _____								
CALLE: _____			ENTRE CALLE Y CALLE			TELÉFONO: _____					
¿SE RECONOCE COMO INDÍGENA? <input type="checkbox"/> 1=SI, 2=NO			¿HABLA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> 1=SI, 2=NO			OCUPACIÓN: _____		DERECHOHABIENTIA: _____			
<b>II. UNIDAD NOTIFICANTE</b>											
ENTIDAD: <b>CDMX</b>			JURISDICCIÓN: _____			MUNICIPIO: <b>CUAHUTEMOC</b>		CLUES: <b>DFSSA003973</b>			
LOCALIDAD: <b>DOCTORES</b>			INSTITUCIÓN: <b>SSA</b>			SEMANA DE NOTIFICACIÓN: _____					
NOMBRE DE LA UNIDAD: <b>HOSPITAL GENERAL DE MEXICO</b>			FECHA DE CAPTURA: _____			DÍA MES AÑO					
<b>III. CUADRO CLÍNICO</b>											
FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO: _____			SEMANA DE INICIO: _____								
DÍA MES AÑO											
<b>EVACUACIONES</b>											
CONSISTENCIA: <input type="checkbox"/>			ASPECTO: <input type="checkbox"/>			PRESENCIA DE: <input type="checkbox"/>		ESTADO DE HIDRATACIÓN: <input type="checkbox"/>			
1 = Líquida			1 = Agua de arroz			1 = Vómito		1 = Sin deshidratación			
2 = Pastosa			2 = Con moco			2 = Calambres		2 = Deshidratación leve			
			3 = Con sangre			3 = Vómito y Calambres		3 = Deshidratación moderada			
			4 = Moco y sangre			4 = Ninguno		4 = Deshidratación grave/choque			
			5 = Ninguno								
No. EN 24 HRS: _____			DÍAS DE DURACIÓN: _____			FACTORES ASOCIADOS: <input type="checkbox"/>		7 = Ninguno			
						1 = Diabetes 2 = Hipertensión 3 = Desnutrición 4 = Inmunosupresión 5 = Embarazo					
						6 = Otro (Especifique) _____					
<b>IV. ATENCIÓN MÉDICA</b>											
FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD: _____			MOTIVO DE EGRESO: 1 = Alta por mejoría <input type="checkbox"/>			2 = Defunción <input type="checkbox"/>					
DÍA MES AÑO											
TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/>			FECHA DE INGRESO: _____			HOSPITALIZADO PREVIAMENTE		FECHA DE ALTA: _____			
1 = Ambulatorio			DÍA MES AÑO					DÍA MES AÑO			
2 = Observación o Urgencias											
3 = Hospitalario			HIDRATACIÓN: <input type="checkbox"/>			ANTIBIÓTICO: <input type="checkbox"/>		FECHA DE DEFUNCIÓN: _____			
			1 = Vida Suero Oral			1 = Doxiciclina		DÍA MES AÑO			
			2 = Sol. Hartmann			2 = Eritromicina					
			3 = Sol. Glucosada			3 = Trim - sulfá					
			4 = Sol. Mixtas			4 = Tetraciclina					
			5 = Ninguna			5 = Otro: _____					
			6 = Ninguno								
								LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/>			
								1 = Unidad Médica Institucional 3 = Hogar			
								2 = Unidad Médica Privada 4 = Traslado a Unidad Médica			
<b>V. FACTORES DE RIESGO</b>											
PROBABLE FUENTE DE INFECCIÓN: <input type="checkbox"/>		TIPO DE ALIMENTOS: <input type="checkbox"/>		PROCEDENCIA DEL AGUA: <input type="checkbox"/>		LUGAR DÓNDE LOS CONSUMIÓ: <input type="checkbox"/>		FECHA DE CONSUMO: _____		TRATAMIENTO DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS: <input type="checkbox"/>	
1 = Alimentos		1 = Pescado/Mariscos		1 = Garrafón		1 = Hogar		DÍA MES AÑO		1 = Desinfección Química	
2 = Agua/Bebidas		2 = Pollo, res, cerdo		2 = Agua Entubada		2 = Reunión/Festejo		Dirección: _____		2 = Hervida	
		3 = Frutas/verduras		3 = Pipa		3 = Escuela/Trabajo				3 = Filtrada	
		4 = Alimentos Crudos		4 = Pozo o Noria		4 = Establecimiento fijo				4 = Ninguna	
		5 = OTRO: _____		5 = Río/Lago		5 = Establecimiento semifijo					

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 58 de 187	

<b>VI. LABORATORIO</b>					
SE TOMÓ MUESTRA FECAL:	<input type="checkbox"/> 1=SI, 2=NO	FECHA DE TOMA:	<input style="background-color: yellow;" type="text"/>	FECHA DE ENVÍO:	<input type="text" value="19/09/2018"/>
			DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
<b>LESP</b>		<b>INDRE</b>			
FECHA DE RECEPCIÓN EN EL LESP:	<input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN EN EL INDRE:	<input type="text"/>		
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		
CALIDAD DE LA MUESTRA	<input type="text" value="1"/>	CALIDAD DE LA MUESTRA:	<input type="text"/>		
1 = Adecuada		1 = Adecuada			
2 = Rechazada temporalmente		2 = Rechazada temporalmente			
3 = Rechazada definitivamente (Motivo)	<input type="text"/>	3 = Rechazada definitivamente (Motivo)	<input type="text"/>		
FECHA DE RESULTADO DEL LESP:	<input type="text"/>	FECHA DE RESULTADO DEL INDRE:	<input type="text"/>		
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		
RESULTADO:	<input type="text"/>	RESULTADO:	<input type="text"/>	SEROTIPO:	<input type="text"/>
1 = <i>Vibrio cholerae</i> O1		1 = <i>Vibrio cholerae</i> O1		1 = Inaba	
2 = <i>Vibrio cholerae</i> NO O1		2 = <i>Vibrio cholerae</i> NO O1		2 = Ogawa	1 = SI
3 = <i>Vibrio parahaemolyticus</i>		3 = <i>Vibrio parahaemolyticus</i>		3 = Hikojima	2 = NO
4 = Otro microorganismo (Especifique)	<input type="text"/>	4 = Otro microorganismo (Especifique)	<input type="text"/>	4 = O139	
5 = Negativo		5 = Negativo		5 = Sin serotipo	
ESTATUS DE LA MUESTRA:	<input type="text"/>	ESTATUS DE LA MUESTRA:	<input type="text"/>	TOXIGÉNICO:	<input type="text"/>
	1= En proceso, 2= Concluido		1= En proceso, 2= Concluido		
<b>VII. ACTIVIDADES DE CONTROL</b>					
BLOQUEO FAMILIAR:	<input type="text"/>	1=SI, 2=NO	CLORACIÓN DE DEPÓSITOS DE AGUA:	<input type="text"/>	1=SI, 2=NO
NÚMERO DE CONTACTOS IDENTIFICADOS:	<input type="text"/>		MANEJO SANITARIO DE EXCRETAS:	<input type="text"/>	1=SI, 2=NO
TOMA DE MUESTRA A CONTACTOS:	<input type="text"/>	1=SI, 2=NO	¿CUÁNTOS?	<input type="text"/>	
QUIMIOPROFILAXIS:	<input type="text"/>	1=SI, 2=NO	¿CUÁNTOS?	<input type="text"/>	
			EDUCACIÓN PARA LA SALUD:	<input type="text"/>	1=SI, 2=NO

MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZÓ



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 60 de 187		

**FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS DE TUBO NEURAL**  
**DTN/DCF-1-15 / reverso**

IV. ANTECEDENTES DE LOS PADRES	MADRE	PADRE	V. ANTECEDENTES DE LA MADRE
OCUPACIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DURANTE TODO EL EMBARAZO <input type="text"/>
1. CAMPESINO 2. OBRERO 3. COMERCIANTE 4. HOGAR 5. PROFESIONISTA			NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO <input type="text"/>
6. ESTUDIANTE 7. EMPLEADO 99. SE IGNORA ESPECIFIQUE _____			FECHA DEL NACIMIENTO ANTERIOR <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACIÓN (AÑOS) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿PRESENTÓ HIPERTERMIA DURANTE EL EMBARAZO? <input type="text"/>
ADICIONES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. PRIMER TRIMESTRE    2. DESPUÉS DEL PRIMER TRIMESTRE    3. NO TUVO
1. NINGUNA 3. ALCOHOL 5. TODAS 6. OTRA			¿DURANTE EL EMBARAZO PRESENTÓ HIPERGLUCEMIA O Dx. DIABETES GESTACIONAL? <input type="text"/>
2. TABACO 4. INHALABLES 99. SE IGNORA ESPECIFIQUE _____			1. PRIMER TRIMESTRE    4. NO PRESENTÓ 2. SEMANA 20 DEL EMBARAZO    99. SE IGNORA 3. TERCER TRIMESTRE
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿VIVE LA MADRE?    1. SI    2. NO <input type="text"/>
1. DIABETES 2. CRISIS CONVULSIVAS 3. CÁNCER			DURANTE EL EMBARAZO CURSÓ CON INFECCIÓN POR: <input type="text"/>
6. OBESIDAD 4. HIPERTENSIÓN 5. LUPUS ESPECIFIQUE _____			1. DENGUE 2. CHIKUNGUNYA 3. INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA
¿PRESENTA ALGUN DEFECTO AL NACIMIENTO?: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. RUBÉOLA 5. TOXOPLASMA 6. VIH/SIDA
1. SI    2. NO    99. SE IGNORA			7. HEPATITIS 8. CITOMEGALOVIRUS 9. SÍFILIS
¿HA TENIDO HIJOS CON ALGUN DEFECTO AL NACIMIENTO?: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10. PARVOVIRUS 11. NINGUNA 12. OTRA ESPECIFIQUE _____
1. SI    2. NO    99. SE IGNORA			3. INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA    6. VIH/SIDA    9. SÍFILIS    99. SE IGNORA
¿TIENE FAMILIARES CON ALGUN DEFECTO AL NACIMIENTO?: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN: <input type="text"/>
1. SI    2. NO    99. SE IGNORA			1. PRIMER TRIMESTRE    4. ANTES DEL EMBARAZO 2. SEGUNDO TRIMESTRE    ESPECIFIQUE CUÁNTOS MESES ANTES DEL - 3. TERCER TRIMESTRE    EMBARAZO SE ESTABLECIÓ EL DIAGNÓSTICO _____
¿HUBO EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS, TÓXICOS O MEDICAMENTOS? <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN SE ESTABLECIÓ MEDIANTE <input type="text"/>
1. UN AÑO PREVIO AL EMBARAZO    3. SE IGNORA    5. EN CASO DE RESPUESTA 1, 2 ó 3 2. TRES MESES PREVIOS AL EMBARAZO    4. NINGUNO    ESPECIFIQUE TIPO _____			1. CRITERIOS CLÍNICOS 2. PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECIFIQUE TIPO DE PRUEBA DIAGNÓSTICA _____
¿TOMÓ ÁCIDO FÓLICO? <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	LABORATORIO QUE EMITIÓ EL DIAGNÓSTICO _____
1. UN AÑO PREVIO AL EMBARAZO    4. DESPUÉS DEL PRIMER TRIMESTRE 2. TRES MESES PREVIOS AL EMBARAZO    5. NO TOMÓ 3. PRIMER TRIMESTRE    99. SE IGNORA			CUENTA CON ULTRASONIDO PRENATAL QUE INDIQUE MALFORMACIÓN <input type="text"/>
			1. SI    2. NO    99. SE IGNORA
			TRIMESTRE EN QUE SE REALIZÓ EL ULTRASON: 1. PRIMERO 2. SEGUNDO 3. TERCERO <input type="text"/>

VI. DATOS DEL RECIÉN NACIDO			
NOMBRE: _____			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	VIA DE NACIMIENTO    1. VAGINAL    2. CESÁREA    99. SE IGNORA <input type="text"/>		
CONDICIÓN AL NACIMIENTO    1. VIVO    2. MUERTO <input type="text"/>	SEXO    1. MASCULINO    2. FEMENINO    3. INDEFERENCIADO    99. SE IGNORA <input type="text"/>		
SEMANAS DE GESTACIÓN <input type="text"/>	PESO _____ gr	TALLA _____ cm	PERÍMETRO CEFÁLICO _____ cm
ESTADO ACTUAL    1. VIVO    2. MUERTO    99. SE IGNORA <input type="text"/>	FECHA DE DEFUNCIÓN <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

VII. DATOS DEL DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO FINAL <input type="text"/>	ESPECIFIQUE OTRAS MALFORMACIONES CRANEOFACIALES <input type="text"/>
1. ANENCEFALIA 2. ENCEFALOCELE 3. MIELOMENINGOCELE 4. MENINGOCELE	5. MICROCEFALIA 6. OTRAS ESPINAS BÍFIDAS 7. OTRAS MALFORMACIONES CRANEOFACIALES
EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECIÓ 1. CRITERIOS CLÍNICOS    2. CRITERIOS ANATOMO PATOLÓGICOS    3. PRUEBAS DE GABINETE <input type="text"/>	
REVISADO POR GRUPO DE EXPER 1. SI    2. NO <input type="text"/>	SE CONCLUYÓ ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN DURANTE EL EMBARAZO    1. SI    2. NO <input type="text"/>

VIII. OBSERVACIONES
_____

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 61 de 187		

## 10.5 Formato de caso para difteria

			
<b>DIFTE</b>			<b>ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE DIFTERIA</b>
DIFTE - PAG. 1			
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____		FOLIO: _____	
NOMBRE: _____		RFC: _____	CURP: _____
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____			
FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		SEXO: <input type="text"/> <input type="text"/> EDAD: AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
RESIDENCIA ACTUAL: _____			
CALLE: _____		NUMERO EXTERIOR: _____ NUMERO INTERIOR: _____	COLONIA: _____
LOCALIDAD: _____		MUNICIPIO: _____	ESTADO: _____
ENTRE CALLE: _____		Y CALLE: _____	C.P.: _____
AGEB: _____		TELÉFONO: LADA: _____ - _____	
<b>II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>			
BROTE: _____			
PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____		DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	RESPONSABLE: _____
NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	INSTITUCIÓN: _____
NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE: _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<b>III. UNIDAD NOTIFICANTE</b>			
NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____		INSTITUCIÓN: _____	
ENTIDAD: _____		JURISDICCIÓN: _____	MUNICIPIO: _____
LOCALIDAD: _____		INSTITUCIÓN: _____	CLUES: _____
NOMBRE DE LA UNIDAD: _____			
<b>IV. UNIDAD TRATANTE</b>			
NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____		INSTITUCIÓN: _____	
DERECHOHABIENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NO. DE EXPEDIENTE: _____	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____		TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN: (01- _____)	
<b>V. ANTECEDENTES</b>			
VACUNACIÓN CON DPT O TD: _____		DOSIS: _____	
FUENTE DE INFORMACIÓN: <input type="checkbox"/> 1-CARTILLA, 2-OTRO REGISTRO, 3-VERBAL		FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
HA TENIDO CONTACTO CON CASOS SIMILARES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESPECIFIQUE: _____	
HA VIAJADO O RECIBIDO VISITAS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESPECIFIQUE: _____	
<b>VI. CUADRO CLÍNICO</b>			
FECHA DE INICIO DEL CUADRO CLÍNICO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
* MARQUE CON UNA X LOS DATOS QUE PRESENTA:			
BLANCO - GRISACEAS: <input type="checkbox"/>		DURAS: <input type="checkbox"/>	ADHERENTES: <input type="checkbox"/>
BORDE HIPERÉMICO: <input type="checkbox"/>		FÁCILMENTE SANGRANTES: <input type="checkbox"/>	FÉTIDAS: <input type="checkbox"/>
LOCALIZACIÓN: _____			
FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ADENOMEGALIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESCALOFRÍO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DISFANGIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		MALESTAR GENERAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DISFONÍA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LESIONES EN LA PIEL: TIPO: _____		LOCALIZACIÓN: _____	
OTROS DATOS CLÍNICOS: _____			
COMPLICACIONES: _____			
TRATAMIENTO: ANTIBIÓTICOS _____			
FECHAS: A) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		B) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	C) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
ANTITOXINA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHAS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DOSIS: _____			
FECHAS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		SANO: <input type="checkbox"/>	CONVALESCIENTE: <input type="checkbox"/>
DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/>		SE IGNORA: <input type="checkbox"/>	

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 62 de 187	

**VII. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE**

**CORYNEBACTERIUM:**

RESULTADO	TOMA			ENVÍO			LLEGADA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CULTIVO 1	<input type="text"/>								
CULTIVO 2	<input type="text"/>								
CULTIVO 3	<input type="text"/>								
CULTIVO 4	<input type="text"/>								

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS POSITIVOS: \_\_\_\_\_

TOXIGENICIDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ACCIONES DE CONTROL**

COBERTURA EN EL MUNICIPIO PREVIA AL BLOQUEO: \_\_\_\_\_ %

BLOQUEO: SI  NO  INICIO:    TÉRMINO:    COBERTURA: \_\_\_\_\_ % DOSIS: \_\_\_\_\_

BÚSQUEDA DE CASOS: COMUNIDAD:  ESCUELA O TRABAJO:  UNIDADES DE SALUD:  OTRAS:

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**IX. CLASIFICACIÓN**

	SI	NO	DÍA	MES	AÑO		SI	NO	DÍA	MES	AÑO
CASO SOSPECHOSO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PORTADOR ASINTOMÁTICO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CASO PROBABLE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CONVIVIENTE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CASO CONFIRMADO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CONTACTO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CASO COMPATIBLE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ASOC. EPIDEMIOLÓGICA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIFTERIA CUTÁNEA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CASO DESCARTADO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XI. ELABORACIÓN**

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: LADA: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b> <b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 63 de 187	

### 10.6 Formato de caso para enfermedad febril exantemática

																												
<b>EFE-1 FORMULARIO DE ESTUDIO DE CASOS DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA</b> <span style="float: right;">EFE-1 - PAG. 1</span>																												
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>																												
NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____ NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____ <small>APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)</small> FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. EDAD: AÑOS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> RESIDENCIA ACTUAL: _____ <small>DÍA MES AÑO MASC. FEM.</small> CALLE: _____ COLONIA: _____ <small>NUMERO EXTERIOR NUMERO INTERIOR</small> LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____ AGEB: _____ TELÉFONO: LADA: _____ - _____																												
<b>II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>																												
NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FECHA</th> <th style="text-align: center;">NOTIFICANTE</th> <th style="text-align: center;">INSTITUCIÓN</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">DÍA</th> <th style="text-align: center;">MES</th> <th style="text-align: center;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		FECHA	NOTIFICANTE	INSTITUCIÓN		DÍA	MES	AÑO	PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	FECHA	NOTIFICANTE	INSTITUCIÓN																									
	DÍA	MES	AÑO																									
PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
<b>III. UNIDAD TRATANTE</b>																												
NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ DERECHOHABIENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO. DE EXPEDIENTE: _____ NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____ TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN: (01- _____)																												
<b>IV. ANTECEDENTES</b>																												
VACUNACIÓN: ANTISARAMPIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NUM. <input type="text"/> FECHAS: 1a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small> FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small> ANTIRRUBÉOLA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small> TIPO DE VACUNA: SARAMPIÓN: <input type="checkbox"/> TRIPLE VIRAL: <input type="checkbox"/> RUBÉOLA: <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN - RUBÉOLA: <input type="checkbox"/> ¿PRESENTÓ OTRO EXANTEMA EN LOS TRES MESES PREVIOS A ESTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE LUGAR Y FECHA DE VIAJES REALIZADOS Y/O VISITAS RECIBIDAS EN LOS 21 DÍAS PREVIOS AL INICIO DEL EXANTEMA: _____ ¿ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON LOS MISMOS SÍNTOMAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE CON QUIÉN, LUGAR Y FECHA: _____ ¿ESTUVO EN CONTACTO CON MUJERES EMBARAZADAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE EL LUGAR Y FECHA: _____																												
<b>V. CUADRO CLÍNICO</b>																												
FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTIFICACIÓN: <input type="text"/> °C FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small> EXANTEMA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FECHA DE TÉRMINO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small> TIPO DE EXANTEMA (MARQUE MAS DE UNO SI ES EL CASO): EXANTEMA MACULOPAPULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DISTRIBUCIÓN DEL EXANTEMA: _____ CONTINUA CON EXANTEMA: ¿TERCER DÍA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿SEXTO DÍA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MANCHAS DE KOPLIK: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CORIZA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ATAQUE AL ESTADO GENERAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ADENOMEGALIAS: CERVICALES: <input type="checkbox"/> RETROAURICULARES: <input type="checkbox"/> SUPRACLAVICULARES: <input type="checkbox"/> OTROS DATOS CLÍNICOS: _____ DIAGNÓSTICO(S) DE PRESUNCIÓN: SARAMPIÓN: <input type="checkbox"/> RUBÉOLA: <input type="checkbox"/> EXANTEMA SUBITO: <input type="checkbox"/> ESCARLATINA: <input type="checkbox"/> OTRO: _____																												
EFE-1 - PAG. 1																												



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 65 de 187	

### 10.7 Formato de caso para enfermedad meningococcica

																								
<b>MENIN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO PARA ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA</b>																								
<small>MENIN - PAG. 1</small>																								
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>																								
NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____																								
NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____																								
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____																								
FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. EDAD: AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/>																								
RESIDENCIA ACTUAL: _____ CALLE: _____ COLONIA: _____																								
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____																								
ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____																								
AGEB: _____ TELÉFONO: LADA: _____ - _____																								
<b>II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE</b>																								
NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ CLUES: _____																								
PRIMER UNIDAD TRATANTE: ES PRIVADA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PERTENECE A UNA INSTITUCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																								
CLAVE DE LA UNIDAD: _____ NOMBRE: _____ CLAVE: _____																								
ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____																								
LOCALIDAD: _____ DOMICILIO: _____																								
SEGUNDA UNIDAD TRATANTE: ES PRIVADA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PERTENECE A UNA INSTITUCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																								
CLAVE DE LA UNIDAD: _____ NOMBRE: _____ CLAVE: _____																								
ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____																								
LOCALIDAD: _____ DOMICILIO: _____																								
<b>III. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>																								
PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____ RESPONSABLE: _____ INSTITUCIÓN: _____																								
FECHA DE INICIO DE ESTUDIO POR LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____																								
NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: _____																								
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____																								
<b>IV. DIAGNÓSTICO INICIAL</b> MENINGITIS: <input type="checkbox"/> MENINGOCOCCEMIA: <input type="checkbox"/>																								
<b>V. DIAGNÓSTICO FINAL</b> MENINGITIS: <input type="checkbox"/> MENINGOCOCCEMIA: <input type="checkbox"/> OTRA: <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____																								
<b>VI. CUADRO CLÍNICO</b>																								
FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: _____ FIEBRE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTIFICACIÓN: _____ °C																								
MALESTAR SÚBITO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POSTRACIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																								
DATOS DE CHOQUE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO: _____																								
SX HEMORRÁGICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO: _____																								
DATOS NEUROLÓGICOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO: _____																								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>RECHAZO AL ALIMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>RIGIDEZ DE NUCA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>AFECTACIÓN DE PARES CRANEALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PALIDÉZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>VÓMITOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>KERNING <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ALERTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIPOTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>NÁUSEAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>BRUDZINSKI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>FONTANELA ABOMBADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OLIGURIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>CEFALEA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>CONVULSIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>OTROS: _____</td> </tr> <tr> <td>PETEQUIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>LETARGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>IRRITABILIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>ALTERACIÓN DEL HABLA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RECHAZO AL ALIMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RIGIDEZ DE NUCA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AFECTACIÓN DE PARES CRANEALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PALIDÉZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VÓMITOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	KERNING <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ALERTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HIPOTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NÁUSEAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BRUDZINSKI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FONTANELA ABOMBADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CEFALEA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONVULSIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTROS: _____	PETEQUIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LETARGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IRRITABILIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALTERACIÓN DEL HABLA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RECHAZO AL ALIMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RIGIDEZ DE NUCA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AFECTACIÓN DE PARES CRANEALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
PALIDÉZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VÓMITOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	KERNING <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ALERTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
HIPOTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NÁUSEAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BRUDZINSKI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FONTANELA ABOMBADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
OLIGURIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CEFALEA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONVULSIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTROS: _____																					
PETEQUIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LETARGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																						
HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IRRITABILIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALTERACIÓN DEL HABLA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																						
<b>VII. MANEJO ANTIMICROBIANO</b>																								
NOMBRE DEL ANTIBIÓTICO	VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL: <input type="checkbox"/>	PARENTERAL: <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO:	FECHA DE TÉRMINO:																			
1) _____	_____	_____	_____	_____	_____																			
2) _____	_____	_____	_____	_____	_____																			
3) _____	_____	_____	_____	_____	_____																			
4) _____	_____	_____	_____	_____	_____																			
5) _____	_____	_____	_____	_____	_____																			
6) _____	_____	_____	_____	_____	_____																			
<small>MENIN - PAG. 1</small>																								

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 66 de 187		

**VIII. LABORATORIO CLÍNICO**

**ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO\*:**

FECHA:  DÍA  MES  AÑO ASPECTO: \_\_\_\_\_ CÉLULAS: \_\_\_\_\_ mm3 LEUCOS: \_\_\_\_\_ % LINFOS: \_\_\_\_\_ % PMN: \_\_\_\_\_ % GLUCOSA: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROTEÍNAS: \_\_\_\_\_ mg/dl BACTERIAS: \_\_\_\_\_ TINCIÓN DE GRAM: \_\_\_\_\_ AGLUTINACIÓN DE LATEX: \_\_\_\_\_

\*REPETIR DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL ENFERMO.

**IX. ACCIONES DE CONTROL**

\*TIPO DE MUESTRA:  ESTUDIO EN LAB. HOSP.:  DÍA  MES  AÑO ENVÍO A LA JURISDICCIÓN:  DÍA  MES  AÑO ENVÍO AL InDRE:  DÍA  MES  AÑO

\*1=LCR, 2=SANGRE, 3=LESIONES PÉTUEQUIALES, 4=CPEA

\*TIPO DE MUESTRA:  ESTUDIO EN LAB. HOSP.:  DÍA  MES  AÑO ENVÍO A LA JURISDICCIÓN:  DÍA  MES  AÑO ENVÍO AL InDRE:  DÍA  MES  AÑO

TINCIÓN DE GRAM: FECHA DE RESULTADO:  DÍA  MES  AÑO RESULTADO: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO InDRE: \_\_\_\_\_ RESULTADO InDRE:  DÍA  MES  AÑO

PRUEBA	SI	NO	FECHA DE RESULTADO			RESULTADO			SERO GRUPO	OTRA BACTERIA	DIAGNÓSTICO InDRE	FECHA		
			DÍA	MES	AÑO	Hi	Sp	Nm				DÍA	MES	AÑO
AGLUTINACIÓN EN LATEX														
CULTIVO LCR														
CULTIVO SANGRE														

PRODUCCIÓN DE BETA-LACTAMASA: POSITIVO  NEGATIVO

SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA: ESPECIFIQUE EL MÉTODO UTILIZADO \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO PROBADO		
SENSIBLE		
INTERMEDIO		
RESISTENTE		

CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA (CIM) E-Test		
ANTIBIOTICO	LECTURA (mg/dl)	Resultado*
CIM PENICILINA	µg/mL	
CIM CEFTRIAXONA	µg/mL	
CIM CIPROFLOXACINA	µg/mL	
CIM CLORANFENICOL	µg/mL	
CIM RIFAMPICINA	µg/mL	

\*1=SENSIBLE, 2=INTERMEDIO, 3=RESISTENTE

**X. ESTUDIO DE CONTACTOS**

NO.	NOMBRE COMPLETO	EDAD	SEXO		CONTACTO	PROFILAXIS
			M	F		
					1=intradomiciliario, 2=extradomiciliario	1=SI, 2=NO, 9=SE IGNORA

**XI. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN**

**EVOLUCIÓN**

FUE HOSPITALIZADO: SI  NO  FECHA DE INGRESO:  DÍA  MES  AÑO FECHA DE EGRESO:  DÍA  MES  AÑO INGRESÓ A:  1=URGENCIAS, 2=PISO, 3=TERAPIA INTENSIVA

ALTA POR MEJORÍA:  ALTA POR DEFUNCIÓN:  FECHA DE DEFUNCIÓN:  DÍA  MES  AÑO FOLIO: \_\_\_\_\_ CAUSA BÁSICA: \_\_\_\_\_

CLASIFICACIÓN FINAL REALIZADA POR: LABORATORIO  ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

**XII. OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XIII. ELABORACIÓN**

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: LADA: \_\_\_\_\_ -

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 67 de 187		

### 10.8 Formato de caso para muerte materna

								
<b>FORMATO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA</b>								
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE</b>			NO. DE AFILIACIÓN O EXPEDIENT: _____			FOLIO PLATAFORMA: _____		
NOMBRE: _____			RFC: _____			CURP: _____		
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____								
<b>DATOS DEL NACIMIENTO</b>			ESTADO DE NACIMIENTO: _____			JURISDICCIÓN DE NACIMIENTO: _____		
FECHA DE NACIMIENTO: _____			Edad: Años <input type="text"/> <input type="text"/>			Meses <input type="text"/> <input type="text"/>		
MUNICIPIO DE NACIMIENTO: _____								
<b>RESIDENCIA</b>			Calle y Núm. _____			Colonia o localidad _____		
DOMICILIO: _____			MUNICIPIO: _____			ESTADO: _____		
LOCALIDAD: _____			ENTRE: CALLE: _____			Y CALLE: _____ C.P.: _____		
HABLA LENGUA INDÍGENA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE <input type="checkbox"/>			CUAL _____			ES INDÍGENA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE <input type="checkbox"/>		
<b>II. DATOS DE LA DEFUNCIÓN:</b>								
FECHA DE DEFUNCIÓN: _____			FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____					
FECHA DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO: _____								
CAUSAS DE DEFUNCIÓN:			CODIFICACIÓN CIE-10: _____					
<b>PARTE I</b>								
A _____			_____			_____		
B _____			_____			_____		
C _____			_____			_____		
D _____			_____			_____		
<b>PARTE II</b>								
_____								
<b>PERÍODO EN EL QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:</b>								
EMBARAZO <input type="checkbox"/>			PARTO <input type="checkbox"/>			PUERPERIO <input type="checkbox"/>		
NÚMERO DE GESTAS <input type="text"/>			SEMANAS DE GESTACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO <input type="text"/>			MUERTE MATERNA TARDÍA <input type="checkbox"/>		
						MUERTE MATERNA POR SECUELAS <input type="checkbox"/>		
<b>PROBABLE CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN:</b>								
1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/>			5 ABORTO <input type="checkbox"/>					
2 HEMORRAGIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO <input type="checkbox"/>			6 OTRAS CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS <input type="checkbox"/>					
3 INFECCIÓN PUERPERAL <input type="checkbox"/>			7 CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS <input type="checkbox"/>					
4 PARTO OBSTRUÍDO <input type="checkbox"/>			8 OTRAS CAUSAS _____					
<b>III. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:</b>								
LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN:			MARQUE CON UNA "X":			INSTITUCIÓN DERECHOAHABIENTE _____		
A) UNIDAD MÉDICA <input type="checkbox"/>			B) OTRO SITIO <input type="checkbox"/>					
<b>A) EN CASO DE QUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN SEA UNIDAD MÉDICA, DESCRIBA:</b>								
LA UNIDAD MÉDICA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: ES PRIVADA <input type="checkbox"/>			PERTENECE A UNA INSTITUCIÓN <input type="checkbox"/>					
CLAVE DE LA UNIDAD: _____			NOMBRE: _____			INSTITUCIÓN: _____		
ESTADO: _____			MUNICIPIO: _____			JURISDICCIÓN: _____		
LOCALIDAD: _____			DOMICILIO _____					
<b>B) EN CASO DE QUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN SEA OTRO, DESCRIBA:</b>								
NOMBRE DEL SITIO _____			ESTADO _____			JURISDICCIÓN _____		
LOCALIDAD: _____			MUNICIPIO: _____			ESTADO: _____		
DOMICILIO: _____			Calle y Núm. _____			Colonia o localidad _____		
<b>IV. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>								
DEFUNCIÓN IDENTIFICADA POR LA BIRMM: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____					
NOMBRE DEL NOTIFICANTE: _____			CARGO: _____					
INSTITUCIÓN NOTIFICANTE: _____			VIA DE NOTIFICACIÓN: _____					
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO _____				NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ _____				



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 69 de 187	

**VIII. GABINETE**

ELECTROMIOGRAFIA COMPATIBLE CON: POLIOMELITIS:  1=SI, 2=NO      NORMAL:  1=SI, 2=NO      ¿REALIZADO?  1=SI, 2=NO

VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN COMPATIBLE CON: POLIOMELITIS:  1=SI, 2=NO      NORMAL:  1=SI, 2=NO      ¿REALIZADO?  1=SI, 2=NO

**IX. LABORATORIO**

FOLIO InDRE

ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

FECHA:  DÍA  MES  AÑO      ASPECTO:       CÉLULAS:  xmm<sup>3</sup>      LEUCOS:  xmm<sup>3</sup>      LINFOS:  %      GLUCOSA:  mg/dl      PROTEÍNAS  mg/dl

HECES 1      TOMA      RECEPCIÓN AL LESP      ENVÍO AL InDRE      RECEPCIÓN AL InDRE      RESULTADO

FECHAS DE:  DÍA  MES  AÑO       DÍA  MES  AÑO       DÍA  MES  AÑO       DÍA  MES  AÑO       DÍA  MES  AÑO

MUESTRA:  1=ADECUADA, 2=INADECUADA

RESULTADO:

AISLAMIENTO VIRAL  1=POSITIVO, 2=NEGATIVO      RT-PCR<sup>§</sup>       RT-PCR TIEMPO REAL\*\*       SERONEUTRALIZACIÓN<sup>§</sup>

[§] P1=POLIO 1, P2=POLIO 2, P3=POLIO 3, 123=POLIO 1, 2, y 3, NP=NO POLIO, N=NEGATIVO, R=REVERTANTE, NR=NO REVERTANTE, S=SALVAJE, M=MEZCLA DE POLIO      CON ENTEROVIRUS NO POLIO

[\*\*] N=NEGATIVO, EVNP=ENTEROVIRUS NO POLIO, PP=POSIBLE POLIO, PV1-NSL=POLIO 1 NO SABIN LIKE, PV2-NSL=POLIO 2 NO SABIN LIKE, PV3-NSL=POLIO 3 NO SABIN LIKE,      PV1-SABIN, PV2 SABIN, PV3 SABIN

**X. ESTUDIO DE CONTACTOS**

No.	NOMBRE	EDAD		SEXO		CONTACTO *		TOMA DE MUESTRA		FECHA DE TOMA DE MUESTRA		
		AÑOS	MESES	MAS	FEM	I	E	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

\*Información de CONTACTO: I=Intradomicilarios, E=Extradomicilarios

**XI. EVOLUCIÓN**

REVISADO POR: GRUPO DE EXPERTOS:  1=SI, 2=NO      CEVE  1=SI, 2=NO      COMITÉ NACIONAL:  1=SI, 2=NO      FECHA DE REVISIÓN:  DÍA  MES  AÑO

DIAGNÓSTICO FINAL:  K=POLIO, L=SGB, Q=MIELITIS TRANSVERSA, W=INT. POR KARWINSKIA, V=EVC, C=LESIÓN DEL NERVO CIÁTICO, N=NEURO INFECCIÓN

DIAGNÓSTICO FINAL REALIZADO POR:  1=LABORATORIO/GABINETE, 2=ESTUDIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO, 3=ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

ESTADO ACTUAL:  1=CONVALEciente, 2=RECUPERADO, 3=SECUELAS, 4=DEFUNCIÓN, 9=SE DESCONOCE

CLASIFICACIÓN FINAL:  1=DESCARTADO, 2=CONFIRMADO A POLIOMELITIS POR VIRUS SALVAJE, 3=CONFIRMADO A POLIOMELITIS DERIVADO A LA VACUNA

FECHA DE DEFUNCIÓN:  DÍA  MES  AÑO      NÚMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:       CAUSA BÁSICA: \_\_\_\_\_

**XII. OBSERVACIÓN**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XIII. ELABORACIÓN**

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: LADA: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 70 de 187	

## 10.10 Formato para notificación de enfermedad diarrea aguda



### ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ANVERSO

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

No. de afiliación o expediente: \_\_\_\_\_ FOLIO PLATAFORMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno      Apellido materno      Nombre (s)

**DATOS DEL NACIMIENTO**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_  
DÍA    MES    AÑO

Sexo: M  F  Edad: Años  Meses

**RESIDENCIA ACTUAL**

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ Calle y Núm. \_\_\_\_\_ Colonia o localidad \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ JURISDICCIÓN: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

ENTRE CALLE: \_\_\_\_\_ Y CALLE: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

¿HABLA LENGUA INDÍGENA?: Sí  No  Se desconoce  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿ES INDÍGENA?: Sí  No  Se desconoce

**DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE**

CLAVE DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ JURISDICCIÓN: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA NOTIFICACIÓN**

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHAS DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DÍA    MES    AÑO      DÍA    MES    AÑO

FECHA DE INICIO DE INTERVENCIÓN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIPO DE INTERVENCIÓN: \_\_\_\_\_  
DÍA    MES    AÑO

**DIAGNÓSTICO**

**DX PROBABLE** \_\_\_\_\_ **DX FINAL** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTE VACUNAL**

¿Cuenta con aplicación de vacuna ANTIRROTAVIRUS?  1=SI / 2=No / 9=Se ignora FUENTE: Cartilla  Comprobante  Censo nominal  Otro \_\_\_\_\_

TIPO DE VACUNA      1a dosis      2a dosis      1a dosis      2a dosis      3a dosis

ROTARIX      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      ROTATEQ      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DÍA    MES    AÑO      DÍA    MES    AÑO      DÍA    MES    AÑO      DÍA    MES    AÑO      DÍA    MES    AÑO

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

PROCEDENCIA: Local (misma entidad)  Importado (nacional)  Importado (otro país)

HA VISITADO LUGARES en los últimos 30 día: Sí  No  FECHA en que visitó \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DÍA    MES    AÑO

País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ EN CASO DE MENOR DE EDAD, Nombre del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_

EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD:  1=SI / 2=No / 9=Se ignora LUGAR DE TRABAJO, ESCUELA O GUARDERÍA: \_\_\_\_\_

PROBABLE FUENTE DE INFECCIÓN: Alimentos  Agua  Hielo  Otros \_\_\_\_\_ FECHA DE CONSUMO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIPO DE ALIMENTOS: Pescados  Hortalizas  Mariscos  Otros \_\_\_\_\_

SITIO DE CONSUMO: Hogar  Reunión  Calle  Trabajo  Otro \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA DEL AGUA: Río  Garrafón  Pozo  Agua entubada  Otro \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO DEL AGUA DE CONSUMO: No  Hierve  Clora  Filtra  Otro \_\_\_\_\_



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>				<b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 72 de 187		

### 10.11 Formato de caso para rubeola congénita

																																																																
<b>RUBCG ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE RUBÉOLA CONGÉNITA</b>																																																																
<small>RUBCG - PAG. 1</small>																																																																
<b>I. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b> NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____ NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____ FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. EDAD: AÑOS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> RESIDENCIA ACTUAL: _____ COLONIA: _____ CALLE: _____ NUMERO EXTERIOR: _____ NUMERO INTERIOR: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____ AGEB: _____ TELÉFONO: LADA: _____ - _____																																																																
<b>II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____</td> <td style="width: 15%;">DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></td> <td style="width: 15%;">RESPONSABLE _____</td> <td style="width: 10%;">INSTITUCIÓN _____</td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____</td> <td>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____</td> <td>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____</td> <td>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE: _____</td> <td>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	RESPONSABLE _____	INSTITUCIÓN _____	NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____	NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____	NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____	ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____																																												
PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	RESPONSABLE _____	INSTITUCIÓN _____																																																													
NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____																																																													
NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____																																																													
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____																																																													
ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE: _____	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	_____	_____																																																													
<b>III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE DE LA MADRE</b> NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____ DIAGNÓSTICO CLÍNICO INICIAL: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____																																																																
<b>IV. ANTECEDENTES Y CUADRO CLÍNICO DE LA MADRE</b> EDAD AL MOMENTO DE PARTO: _____ OCUPACIÓN: _____ ¿DURANTE EL EMBARAZO PRESENTÓ UN CUADRO DE EFE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI TUVO UN CUADRO DE EFE: EXANTEMA MACULOPAPULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO: <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> DURACIÓN: _____ DÍAS FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO: <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> DURACIÓN: _____ DÍAS TOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CORIZA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ARTRALGIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LINFADENOPATÍAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿TUVO CONTACTO CON UN CASO DE EFE, O HABÍA UN BROTE EN SU LOCALIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL CONTACTO O DEL CUADRO DE EFE: _____ ¿SE HIZO DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA AL MOMENTO DE LA ENFERMEDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO CLÍNICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿ESTUVO O TIENE CONTROL PRENATAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO. DE VISITAS: _____ VACUNACIÓN ANTIRRUBEOLA: DOSIS: _____ FECHA DE INICIO: <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>																																																																
<b>V. ESTUDIOS DE LABORATORIO DE LA MADRE</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TIPO</th> <th colspan="3">TOMA</th> <th colspan="3">ENVÍO</th> <th colspan="3">LLEGADA</th> <th colspan="3">RESULTADO</th> </tr> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MUESTRA: SEROLOGÍA</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MUESTRA: EX FARINGEO</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MUESTRA: ORINA</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> TÉCNICA EMPLEADA: _____ RESULTADO: _____	TIPO	TOMA			ENVÍO			LLEGADA			RESULTADO			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	MUESTRA: SEROLOGÍA	<input type="text"/>	MUESTRA: EX FARINGEO	<input type="text"/>	MUESTRA: ORINA	<input type="text"/>																																	
TIPO		TOMA			ENVÍO			LLEGADA			RESULTADO																																																					
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO																																																				
MUESTRA: SEROLOGÍA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																				
MUESTRA: EX FARINGEO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																				
MUESTRA: ORINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																				
<b>VI. ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PERIODO PERINATAL</b> ABORTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MUERTE INTRAUTERINA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MUERTE PRECOZ O HEBDOMADAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARTO PRETÉRMINO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MUERTE NEONATAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																
<b>VII. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE DEL PRODUCTO</b> NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____ DIAGNÓSTICO CLÍNICO INICIAL: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____ FUENTE DE NOTIFICACIÓN: (ROUTINARIA); (VEA); (LABORATORIO); (OTRA): _____																																																																
<small>RUBCG - PAG. 1</small>																																																																

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 73 de 187		

**VIII. ANTECEDENTES Y CUADRO CLÍNICO DEL PRODUCTO**

RUBCG - PAG. 2

FECHA DE NACIMIENTO:  DÍA  MES  AÑO NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: \_\_\_\_\_

MALFORMACIONES APARENTES AL NACIMIENTO: SI  NO

MALFORMACIONES DETECTADAS POSTERIORMENTE: SI  NO  EDAD A LA QUE SE LE DETECTÓ: \_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO: SI  NO  ¿POR CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

¿VIVE EL NIÑO(A)? SI  NO  SE IGN.  FECHA DE DEFUNCIÓN:  DÍA  MES  AÑO

CAUSA DE DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA CONGÉNITA:  DÍA  MES  AÑO

**IX. ESTUDIOS DE LABORATORIO DEL PRODUCTO**

TIPO	TOMA			ENVÍO			LLEGADA			RESULTADO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
MUESTRA: SEROLOGIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUESTRA: EX FARINGEO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUESTRA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TÉCNICA EMPLEADA: _____	RESULTADO: IGG 103.500 IGM 2.300 AMBOS REACTIVOS											
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO: _____												

	AL NACIMIENTO			POSNATALES			SE DESCONOCE		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
<b>MAL FORMACIONES</b>									
<b>OCULARES</b>									
CATARATAS	<input type="text"/>								
RETINOPATÍA PIGMENTARIA	<input type="text"/>								
MICROFTALMIA	<input type="text"/>								
GLAUCOMA	<input type="text"/>								
ESTRABISMO	<input type="text"/>								
<b>AUDITIVAS</b>									
SORDERA POR AFECCIÓN DEL NERVIJO AUDITIVO	<input type="text"/>								
SORDERA CENTRAL	<input type="text"/>								
LESIÓN DEL OÍDO MEDIO	<input type="text"/>								
<b>NEUROLÓGICAS</b>									
DEFECTOS MOTORES	<input type="text"/>								
RETRASO MENTAL	<input type="text"/>								
MENINGOENCEFALITIS	<input type="text"/>								
MICROCEFALIA	<input type="text"/>								
ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO	<input type="text"/>								
ALTERACIONES CENTRALES DEL LENGUAJE	<input type="text"/>								
AUTISMO	<input type="text"/>								
<b>CARDIOVASCULARES</b>									
PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO	<input type="text"/>								
HIPOPLASIA ARTERIO - PULMONAR	<input type="text"/>								
ESTENOSIS SUPRAVALVULAR	<input type="text"/>								
ESTENOSIS AÓRTICA	<input type="text"/>								
COMUNICACIÓN AURICULOVENTRICULAR	<input type="text"/>								
TETRALOGÍA DE FALLOT	<input type="text"/>								
MIOCARDITIS Y NECROSIS DEL MIOCARDIO	<input type="text"/>								
PROLIFERACIÓN FIBROMUSCULAR DE LA ÍNTIMA	<input type="text"/>								
<b>PULMONARES</b>									
NEUMONITIS INTERSTICIAL	<input type="text"/>								
<b>GASTROINTESTINALES</b>									
HEPATITIS	<input type="text"/>								
ICTERICIA OBSTRUCTIVA	<input type="text"/>								
<b>ORTOPÉDICAS</b>									
RADIOLUCENCIAS ÓSEAS	<input type="text"/>								

RUBCG - PAG. 2

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	Diciembre 2024	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 74 de 187	

RUBCG - PAG. 3

<b>HEMATOPOYÉTICAS</b>				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HEMATOPOYESIS EXTRAMEDULAR				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>RETICULOENDOTELIALES</b>				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
HEPATOMEGALIA				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESPLENOMEGALIA				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LINFADENOPATÍA				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTRA ALTERACIÓN CONGÉNITA DE TIPO NO CLASIFICABLE. DESCRIBA: _____												
<b>X. REVISIÓN POR COMITÉ ESTATAL / NACIONAL</b>												
REVISIÓN POR EL COMITÉ ESTATAL:				SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO (S): _____												
REVISIÓN POR EL COMITÉ NACIONAL:				SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO (S): _____												
<b>XI. CLASIFICACIÓN FINAL</b>												
<b>FECHA DE CLASIFICACIÓN</b>				DÍA	MES	AÑO						
PROBABLE				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
DESCARTADO				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
CONFIRMADO				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<b>XII. OBSERVACIONES</b>												
OBSERVACIONES: _____												
_____												
_____												
_____												
_____												
_____												
<b>XIII. ELABORACIÓN</b>												
MÉDICO TRATANTE: _____												
MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____												
MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____ CARGO: _____ TELÉFONO: LADA: _____												

RUBCG - PAG. 3

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 75 de 187	

## 10.12 Formato de caso para tétanos neonatal

												
<b>TNN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE TÉTANOS NEONATAL</b>												
TNNEO - PAG. 1												
<b>I. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>												
NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____					FOLIO: _____							
NOMBRE: _____					RFC: _____							
CURP: _____												
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		SEXO:		EDAD: AÑOS		MESES		
FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA		MES		AÑO		MASC.		FEM.		
RESIDENCIA ACTUAL: _____												
CALLE: _____				NÚMERO EXTERIOR				NÚMERO INTERIOR				
COLONIA: _____												
LOCALIDAD: _____				MUNICIPIO: _____				ESTADO: _____				
ENTRE CALLE: _____				Y CALLE: _____				C.P.: _____				
AGEB: _____				TELÉFONO: LADA: _____				- _____				
<b>II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>												
PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____			DÍA		MES		AÑO		RESPONSABLE		INSTITUCIÓN	
NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____												
NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____												
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____												
ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE: _____												
<b>III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE DE LA MADRE</b>												
NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____					INSTITUCIÓN: _____							
NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____					INSTITUCIÓN: _____							
DOMICILIO: _____					DERECHOHABIENTE: _____							
DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____					NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____							
					NO. DE EXP. (FILIACIÓN): _____							
					TELÉFONO: LADA: _____							
					- _____							
<b>IV. DATOS CLÍNICOS</b>												
FECHA DE INICIO DE SIGNOS: _____			DÍA		MES		AÑO		FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: _____			
DÍA			MES		AÑO		DÍA			MES		
FIEBRE <input type="checkbox"/>			DISFAGIA <input type="checkbox"/>		RECHAZO AL ALIMENTO <input type="checkbox"/>		ESPASMOS <input type="checkbox"/>		CONVULSIONES <input type="checkbox"/>		TRISMUS <input type="checkbox"/>	
<b>V. MEDIDAS DE CONTROL</b>												
COBERTURA EN EL MUNICIPIO PREVIA AL BLOQUEO: _____ %					SE REALIZÓ BLOQUEO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
FECHA DE INICIO: _____			DÍA		MES		AÑO		FECHA DE TÉRMINO: _____			
DÍA			MES		AÑO		DÍA			MES		
NO. DE DOSIS APLICADAS: _____			COBERTURA: _____ %									
<b>VI. SEGUIMIENTO</b>												
FECHA DE ALTA HOSPITALARIA: _____			DÍA		MES		AÑO					
EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: <input type="checkbox"/>			1=DEFUNCIÓN (AENEXE COPIA DEL CERTIFICADO), 2=RECUPERACIÓN, 9=SE IGNORA					FECHA DE DEFUNCIÓN: _____				
DÍA			MES		AÑO							
<b>VII. OBSERVACIONES</b>												
OBSERVACIONES: _____												
_____												
<b>VIII. ANTECEDENTES DE LA MADRE Y ATENCIÓN PRENATAL</b>												
EDAD DE LA MADRE: _____												
¿RECIBIO ATENCIÓN PRENATAL DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					¿CUÁNTAS VECES? _____							
¿QUIÉN LE PROPORCIONÓ LA ATENCIÓN? (ESPECIFIQUE): _____												
¿CUÁNTAS VECES ANTES DEL ÚLTIMO EMBARAZO SE LE APLICÓ Tt O Td? _____												
¿RECIBIO VACUNA CONTRA TETANOS (Tt-Td) DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					NO. DE DOSIS: _____		FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: _____					
DÍA					MES		AÑO					
FACTORES DE RIESGO:												
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO: <input type="checkbox"/>			1=EN SU DOMICILIO, 2=EN LA CASA DE LA PARTERA, 3=UNIDAD DE SALUD DE 1ER. NIVEL, 4=UNIDAD DE SALUD DE 2DO. NIVEL, 5=UNIDAD DE SALUD DE 3ER. NIVEL, 6=OTRO*				*OTRO: ESPECIFIQUE: _____					
ESPECIFIQUE NOMBRE DE LA UNIDAD QUE ATENDIÓ EL PARTO: _____												
PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: <input type="checkbox"/>			1=PARTERA ADIESTRADA, 2=PARTERA NO ADIESTRADA, 3=MÉDICO, 4=ENFERMERA O PERSONAL DE SALUD, 5=FAMILIAR, 6=ELLA MISMA, 7=OTRO*				*OTRO: ESPECIFIQUE: _____					
FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS: <input type="checkbox"/>			1=EQUIPO CONTAMINADO PARA EL CORTE DEL CORDÓN 2=MATERIAL CONTAMINADO PARA LA CURACIÓN DEL CORDÓN, 3=CONTAMINACIÓN EN EL DOMICILIO, 4=CONTAMINACIÓN EN EL LUGAR DE ATENCIÓN, 5=OTRO(S), 9=SE IGNORA									
COMENTE LOS FACTORES DE RIESGO: _____												
_____												
TNNEO - PAG. 1												

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 76 de 187	

TNNEO - PAG. 2

**IX. LABORATORIO**

**TOMA DE MUESTRA PARA DETERMINACION DE ANTITOXINA TETÁNICA CIRCULANTE**

(A LA MADRE Y AL NIÑO DEBERÁ TOMARSE UNA MUESTRA DE SUERO PREVIO A LA APLICACIÓN DE TOXOIDE Y ANTITOXINA)

	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
FECHA DE TOMA DE MUESTRA:	MADRE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		NIÑO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO:	MADRE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		NIÑO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESULTADO:	MADRE:	<input type="text"/>			NIÑO:	<input type="text"/>	

**XIII. ELABORACIÓN**

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: LADA: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TNNEO - PAG. 2

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 77 de 187		

### 10.13 Formato de caso para tétanos

			
<b>TET ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE TÉTANOS</b>			
TNOS - PAG. 1			
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____		FOLIO: _____	
NOMBRE: _____		RFC: _____	CURP: _____
APELLIDO PATERNO: _____	APELLIDO MATERNO: _____	NOMBRE (S): _____	
FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEXO: <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD: AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/>
RESIDENCIA ACTUAL: _____			
CALLE: _____	NÚMERO EXTERIOR: _____	NÚMERO INTERIOR: _____	COLONIA: _____
LOCALIDAD: _____	MUNICIPIO: _____	ESTADO: _____	
ENTRE CALLE: _____	Y CALLE: _____	C.P.: _____	
AGEB: _____	TELÉFONO: LADA: _____ - _____		
<b>II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>			
PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESPONSABLE: _____	INSTITUCIÓN: _____		
<b>III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE DE LA MADRE</b>			
NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____	INSTITUCIÓN: _____		
NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____	INSTITUCIÓN: _____		
DOMICILIO: _____	DERECHOHABIENTE: _____	NO. DE EXP. (FILIACIÓN): _____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____	TELÉFONO: LADA: _____ - _____	
<b>IV. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN</b>			
NÚMERO DE DOSIS DE TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO Y/O DPT: _____	FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
FUENTE DE INFORMACIÓN: CARTILLA <input type="checkbox"/>	CARNET <input type="checkbox"/>	VERBAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
<b>V. TIPO DE LESIÓN</b>			
FECHA DE LA LESIÓN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
VÍA DE ENTRADA: HERIDA <input type="checkbox"/>	FRACTURA <input type="checkbox"/>	QUEMADURA <input type="checkbox"/>	USUARIO DE DIV <input type="checkbox"/>
SE IGNORA <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE: _____	
<b>VI. CUADRO CLÍNICO</b>			
FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
FIEBRE <input type="checkbox"/>	DISFAGIA <input type="checkbox"/>	OPISTOTONOS <input type="checkbox"/>	ESPASMOS <input type="checkbox"/>
CONVULSIONES <input type="checkbox"/>	TRISMUS <input type="checkbox"/>	RIGIDEZ DE CUELLO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
ESPECIFIQUE: _____			
<b>VII. SEGUIMIENTO</b>			
HOSPITALIZADO: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA HOSPITALARIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD <input type="text"/>	1=DEFUNCIÓN (AENEXE COPIA DEL CERTIFICADO), 2=RECUPERACIÓN, 9=SE IGNORA	FECHA DE DEFUNCIÓN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>VIII. MEDIDAS DE CONTROL</b>			
COBERTURA EN EL MUNICIPIO PREVIA AL BLOQUEO: _____ %	SE REALIZÓ BLOQUEO: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA DE TÉRMINO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NO. DE DOSIS APLICADAS: _____	COBERTURA: _____ %
<b>IX. LABORATORIO</b>			
TOMA DE MUESTRA PARA DETERMINACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA CIRCULANTE			
FECHA DE TOMA DE MUESTRA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RESULTADO: _____	
<b>XII. OBSERVACIONES</b>			
OBSERVACIONES: _____			
_____			
_____			
<b>XIII. ELABORACIÓN</b>			
MÉDICO TRATANTE: _____			
MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____			
MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____	CARGO: _____	TELÉFONO: LADA: _____ - _____	
TNOS - PAG. 1			

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b> <b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 78 de 187	

### 10.14 Formato de caso para tosferina

																																					
<b>TOSF ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE TOS FERINA</b>																																					
TOSF - PAG. 1																																					
<b>I. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b> NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____ NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____ FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEXO: <input type="text"/> <input type="text"/> EDAD: AÑOS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> RESIDENCIA ACTUAL: _____ MASC. FEM. CALLE: _____ NUMERO EXTERIOR: _____ NUMERO INTERIOR: _____ COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____ AGEB: _____ TELÉFONO: LADA: _____ - _____																																					
<b>II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b> FUENTE DE NOTIFICACIÓN: INMEDIATA <input type="checkbox"/> RUTINARIA <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> EXTEMPORÁNEO <input type="checkbox"/> BROTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: <input type="text"/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>INSTITUCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:	DÍA	MES	AÑO	RESPONSABLE	INSTITUCIÓN	FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____	NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____	NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____	NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____	ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:	DÍA	MES	AÑO	RESPONSABLE	INSTITUCIÓN																																
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____																																
NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____																																
NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____																																
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____																																
ESTUDIO POR UNIDAD O JURISDICCIÓN / EQUIVALENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____																																
<b>III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE DE LA MADRE</b> NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____ DOMICILIO: _____ DERECHOHABIENTE: _____ NO. DE EXP. (FILIACIÓN): _____ DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____ NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____ TELÉFONO: LADA: _____ - _____																																					
<b>IV. DATOS CLÍNICOS</b> VACUNADO CONTRA TOS FERINA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DOSIS: _____ FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE VACUNA: <input type="text"/> 1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA FUENTE DE INFORMACIÓN: <input type="text"/> 1=CARTILLA, 2=OTRO REGISTRO, 3=VERBAL, 9=IGNORA ¿HA TENIDO CONTACTO CON CASOS SIMILARES EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿HA VISITADO OTROS LUGARES Y/O VISITAS RECIBIDAS EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LUGARES VISITADOS Y FECHAS: LUGAR: _____ FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LUGAR: _____ FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
<b>V. CUADRO CLÍNICO</b> TOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANA DE INICIO: <input type="text"/> DURACIÓN DE TOS: <input type="text"/> DÍAS TOS PAROXÍSTICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TOS EMETIZANTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA CONJUNTIVAL, OTRAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TOS ESPASMÓDICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TOS CIANIZANTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EPISODIOS DE APNEA O CIANOSIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TOS EN ACCESOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESTRIDOR LARINGEO INSPIRATORIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EPISODIOS DE APNEA O CIANOSIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTIFICACIÓN: <input type="text"/> °C OTROS DATOS CLÍNICOS: _____ DIAGNÓSTICO INICIAL: _____ TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>A) ANTIBIÓTICO:</th> <th>FECHA:</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DURACIÓN:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> DÍAS</td> </tr> <tr> <td>B) ANTIBIÓTICO:</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> DÍAS</td> </tr> <tr> <td>C) ANTIBIÓTICO:</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> DÍAS</td> </tr> <tr> <td>D) ANTIBIÓTICO:</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> DÍAS</td> </tr> <tr> <td>E) ANTIBIÓTICO:</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> DÍAS</td> </tr> </tbody> </table> COMPLICACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: _____ EVOLUCIÓN: <input type="text"/> 1=SAÑO, 2=CONVALESCIENTE, 3=DEFUNCIÓN, 4=HOSPITALIZADO, 5=TRASLADO, 9=IGNORADO FECHA DE DEFUNCIÓN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		A) ANTIBIÓTICO:	FECHA:	DÍA	MES	AÑO	DURACIÓN:	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS	B) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS	C) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS	D) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS	E) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS
A) ANTIBIÓTICO:	FECHA:	DÍA	MES	AÑO	DURACIÓN:																																
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS																																
B) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS																																
C) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS																																
D) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS																																
E) ANTIBIÓTICO:	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DÍAS																																
TOSF - PAG. 1																																					

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 79 de 187	

TOSF - PAG. 2

**VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE**

BIOMETRÍA HEMÁTICA: SI  NO  FECHA DE ALTA HOSPITALARIA:  DÍA  MES  AÑO  LEUCOCITOS: \_\_\_\_\_ LINFOCITOS: \_\_\_\_\_ %

*Bordetella pertussis*

TIPO DE TÉCNICA:  1=CULTIVO, 2=PCR, 3=CULTIVO Y PCR, 4=SIN MUESTRA, 5=OTRA, 9=IGNORADO

CULTIVO:	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVÍO	FECHA DE LLEGADA	FECHA DE RESULTADO	RESULTADO
PCR:	<input type="text"/>				
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	

RESULTADO FINAL:  1=POSITIVO, 2=NEGATIVO, 3=PROCESO, 4=SIN MUESTRA, 5=INADECUADA, 9=IGNORADO

LABORATORIO QUE PROCESA LA MUESTRA:  1=INDRE, 2=LABORATORIO ESTATAL, 3=LABORATORIO PRIVADO, 4=LABORATORIO EN HOSPITAL, 9=SE IGNORA

RADIOLOGÍA (Rx TORAX) \_\_\_\_\_

**VII. ACCIONES DE CONTROL**

BLOQUEO: SI  NO  FECHA DE INICIO:  DÍA  MES  AÑO  FECHA DE TÉRMINO:  DÍA  MES  AÑO

COBERTURA EN EL MUNICIPIO ANTES DEL BLOQUEO: \_\_\_\_\_ % COBERTURA EN EL MUNICIPIO POSTERIOR DEL BLOQUEO: \_\_\_\_\_ % NO. DE DOSIS APLICADAS: \_\_\_\_\_

BÚSQUEDA DE CONTACTOS O CASOS: SI  NO  ESPECIFIQUE LUGAR: \_\_\_\_\_

**VIII. CLASIFICACIÓN DEL CASO**

PROBABLE:  DÍA  MES  AÑO  DESCARTADO:  DÍA  MES  AÑO

ATÍPICO:  (CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS INESPECÍFICOS, OCASIONALES O LEVES)

CONFIRMADO:  POR:  1=LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN EPIDEMIOLOGICA, 3=CLÍNICA

DIAGNÓSTICO FINAL: \_\_\_\_\_

**IX. IDENTIFICACIÓN Y ESTUDIO DE CONTACTOS**

ESTUDIO DE CONTACTOS: SI  NO  NÚMERO DE CONTACTOS:

**NOMBRE 1:** \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CONTACTO DOMICILIARIO: SI  NO

PARENTESCO CON EL CASO: \_\_\_\_\_ TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO: SI  NO  DÍAS CON TOS: \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

TIPO DE VACUNA:  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA: \_\_\_\_\_ TOMÓ ANTIBIÓTICO: SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	RESULTADO
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA MES AÑO	

CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR SEMANA DE CLASIFICACIÓN:

**NOMBRE 2:** \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CONTACTO DOMICILIARIO: SI  NO

PARENTESCO CON EL CASO: \_\_\_\_\_ TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO: SI  NO  DÍAS CON TOS: \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

TIPO DE VACUNA:  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA: \_\_\_\_\_ TOMÓ ANTIBIÓTICO: SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	RESULTADO
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA MES AÑO	

CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR SEMANA DE CLASIFICACIÓN:

**NOMBRE 3:** \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CONTACTO DOMICILIARIO: SI  NO

PARENTESCO CON EL CASO: \_\_\_\_\_ TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO: SI  NO  DÍAS CON TOS: \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

TIPO DE VACUNA:  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA: \_\_\_\_\_ TOMÓ ANTIBIÓTICO: SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	RESULTADO
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA MES AÑO	

CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR SEMANA DE CLASIFICACIÓN:

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 80 de 187	

TOSF - PAG. 3

**NOMBRE 4:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **CONTACTO DOMICILIARIO:** SI  NO

**PARENTESCO CON EL CASO:** \_\_\_\_\_ **TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO:** SI  NO  **DÍAS CON TOS:** \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VACUNA:**  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

**TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA:** \_\_\_\_\_ **TOMÓ ANTIBIÓTICO:** SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA	MES	AÑO	RESULTADO
FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:**  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR **SEMANA DE CLASIFICACIÓN:**

**NOMBRE 5:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **CONTACTO DOMICILIARIO:** SI  NO

**PARENTESCO CON EL CASO:** \_\_\_\_\_ **TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO:** SI  NO  **DÍAS CON TOS:** \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VACUNA:**  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

**TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA:** \_\_\_\_\_ **TOMÓ ANTIBIÓTICO:** SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA	MES	AÑO	RESULTADO
FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:**  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR **SEMANA DE CLASIFICACIÓN:**

**NOMBRE 6:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **CONTACTO DOMICILIARIO:** SI  NO

**PARENTESCO CON EL CASO:** \_\_\_\_\_ **TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO:** SI  NO  **DÍAS CON TOS:** \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VACUNA:**  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

**TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA:** \_\_\_\_\_ **TOMÓ ANTIBIÓTICO:** SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA	MES	AÑO	RESULTADO
FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:**  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR **SEMANA DE CLASIFICACIÓN:**

**NOMBRE 7:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **CONTACTO DOMICILIARIO:** SI  NO

**PARENTESCO CON EL CASO:** \_\_\_\_\_ **TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO:** SI  NO  **DÍAS CON TOS:** \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VACUNA:**  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

**TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA:** \_\_\_\_\_ **TOMÓ ANTIBIÓTICO:** SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA	MES	AÑO	RESULTADO
FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:**  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR **SEMANA DE CLASIFICACIÓN:**

**NOMBRE 8:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **CONTACTO DOMICILIARIO:** SI  NO

**PARENTESCO CON EL CASO:** \_\_\_\_\_ **TOS O SÍNTOMAS RESPIRATORIO:** SI  NO  **DÍAS CON TOS:** \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI  NO  IGN  ¿CUÁNTAS DOSIS?: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VACUNA:**  1=DPT, 2=PENTAVALENTE, 3=HEXAVALENTE, 4=TDAP, 5=OTRA, 6=NINGUNA, 9=IGNORA

**TIEMPO DE ÚLTIMA DOSIS DE VACUNA APLICADA CONTRA TOS FERINA:** \_\_\_\_\_ **TOMÓ ANTIBIÓTICO:** SI  NO

FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	DÍA	MES	AÑO	RESULTADO
FECHA DE TOMA DE CULTIVO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE TOMA PCR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CLASIFICACIÓN DE CONTACTO:**  1=CONFIRMADO POR LABORATORIO, 2=ASOCIACIÓN, 3=CLÍNICA, 4=DESCARTADO, 5=PROBABLE, 6=ATÍPICO, 7=PORTADOR **SEMANA DE CLASIFICACIÓN:**

**XII. OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**XIII. ELABORACIÓN**

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: \_\_\_\_\_ **CARGO:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO: LADA:** \_\_\_\_\_

TOSF - PAG. 3

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b> <b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 81 de 187		

### 10.15 Formato de caso para enfermedades transmisibles por vector

																																																																												
<b>SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b> <b>ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR</b>																																																																												
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b> No. de afiliación o expediente: _____ Folio de Caso: _____ <b>Nombre:</b> _____ RFC: _____ CURP: _____ <small>Apellido paterno      Apellido materno      Nombre (s)</small>																																																																												
<b>DATOS DEL NACIMIENTO</b> Fecha de nacimiento: _____ Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____ <small>DÍA MES AÑO</small> Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Días <input type="text"/>																																																																												
<b>RESIDENCIA ACTUAL</b> Estado _____ Jurisdicción _____ Municipio _____ Localidad _____ Colonia _____ Calle _____ Num. Ext _____ Num. Int _____ Teléfono: _____ Entre: Calle: _____ y calle: _____ C.P. _____																																																																												
<b>LUGAR LABORAL</b> Domicilio _____ Calle y Núm. _____ Localidad _____ Colonia _____ Teléfono: _____ Estado _____ Municipio _____ Ocupación: _____ ¿Habla lengua indígena? <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ ¿Es indígena? <input type="checkbox"/>																																																																												
<b>II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE</b> Nombre de la Unidad <u>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO</u> Estado <u>CIUDAD DE MÉXICO</u> Jurisdicción <u>CUAUHTÉMOC</u> Clave de la Unidad <u>1016</u> Municipio <u>CUAUHTÉMOC</u> Localidad <u>DOCTORES</u> Institución <u>SSA</u> Delegación <u>CUAUHTÉMOC</u> FECHA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN: _____ FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD _____ <small>DÍA MES AÑO</small> COMO CASO PROBABLE DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA O GRAVE: <small>DÍA MES AÑO</small> FECHA DE INICIO DE ESTUDIO: _____ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: _____ <small>DÍA MES AÑO</small> <small>DÍA MES AÑO</small> FECHA DE NOTIFICACIÓN AL ESTADO: _____ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE: _____ FECHA DE TERMINACIÓN DEL ESTUDIO: _____ <small>DÍA MES AÑO</small> <small>DÍA MES AÑO</small> <small>DÍA MES AÑO</small> DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____ DIAGNÓSTICO FINAL: _____																																																																												
<b>III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS</b> HA SALIDO DE SU LUGAR DE RESIDENCIA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde:</i> País _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____ País _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____ Procedencia: De la Jurisdicción: <input type="checkbox"/> Otra jurisdicción dentro del estado: <input type="checkbox"/> De otro estado: <input type="checkbox"/> De otro País: <input type="checkbox"/> Clasificación: Autóctono <input type="checkbox"/> Foráneo <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/> CONTACTO CON ANIMALES: MOSCO <input type="checkbox"/> CHINCHE <input type="checkbox"/> GARRAPATA <input type="checkbox"/> OTRO _____ HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS ENFERMAS DE ZIKA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS: ÚLTIMOS SEIS MESES Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE MUERTES INUSUALES DE ANIMALES Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EQUINO <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> OTRO _____ ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN: Fiebre amarilla: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dengue Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dosis 1a <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> Esquema completo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿TIENE ACCESO A AGUA POTABLE PERMANENTE?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene cobertura de eliminación de basura?(al menos una vez por semana): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> HA PADECIDO PALUDISMO (ULTIMOS TRES AÑOS) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Subclasificación de caso de Paludismo: Índice <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Introducido <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Recrudescencia <input type="checkbox"/>																																																																												
<b>IV. CUADRO CLÍNICO</b> (Si = 1, No = 2, Ignorados = 9) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Fecha de inicio de signos y síntomas:</td> <td>Fecha de inicio de signos de dengue grave:</td> <td>Prurito de espalda</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fiebre <input type="checkbox"/></td> <td><small>DÍA MES AÑO</small></td> <td>Diáforesis</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fecha de inicio de fiebre <small>DÍA MES AÑO</small></td> <td>Escape importante de plasma con pulso débil o indetectable <input type="checkbox"/></td> <td>Escalofríos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Temperatura _____ °C</td> <td>Taquicardia <input type="checkbox"/></td> <td>Fotofobia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cefalea <input type="checkbox"/></td> <td>Extremidades frías <input type="checkbox"/></td> <td>Dolor abdominal</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Malgias <input type="checkbox"/></td> <td>Llenado capilar ≥3seg <input type="checkbox"/></td> <td>Lipotimia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Atrialgias leves o moderadas <input type="checkbox"/></td> <td>Presión diferencial convergente ≤20mmHg <input type="checkbox"/></td> <td>Diarrea</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Poliartralgias severas* <input type="checkbox"/></td> <td>Hipotensión arterial en fase tardía <input type="checkbox"/></td> <td>Conjuntivitis</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arritias <input type="checkbox"/></td> <td>Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/></td> <td>Congestión nasal</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolor retroocular <input type="checkbox"/></td> <td>Hematemesis <input type="checkbox"/></td> <td>Tos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Exantema <input type="checkbox"/></td> <td>Melena <input type="checkbox"/></td> <td>Faringitis</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Náuseas <input type="checkbox"/></td> <td>Metrorragia voluminosa <input type="checkbox"/></td> <td>Esplenomegalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vómito <input type="checkbox"/></td> <td>Sangrado del SNC <input type="checkbox"/></td> <td>Ateraciones del gusto</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Petequias <input type="checkbox"/></td> <td>AST o ALT ≥ 1000 UI <input type="checkbox"/></td> <td>Adenomegalias</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Torniquete positivo <input type="checkbox"/></td> <td>Inflamación de párpado <input type="checkbox"/></td> <td>Induración</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros _____</td> <td>Alteraciones de la conciencia <input type="checkbox"/></td> <td>Inflamación de párpado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Compromiso grave de otros órganos <input type="checkbox"/></td> <td>Mocarditis <input type="checkbox"/></td> <td>Disnea</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Alteraciones cardíacas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Nódulos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Fecha de inicio de signos y síntomas:	Fecha de inicio de signos de dengue grave:	Prurito de espalda	<input type="checkbox"/>	Fiebre <input type="checkbox"/>	<small>DÍA MES AÑO</small>	Diáforesis	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio de fiebre <small>DÍA MES AÑO</small>	Escape importante de plasma con pulso débil o indetectable <input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	Temperatura _____ °C	Taquicardia <input type="checkbox"/>	Fotofobia	<input type="checkbox"/>	Cefalea <input type="checkbox"/>	Extremidades frías <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Malgias <input type="checkbox"/>	Llenado capilar ≥3seg <input type="checkbox"/>	Lipotimia	<input type="checkbox"/>	Atrialgias leves o moderadas <input type="checkbox"/>	Presión diferencial convergente ≤20mmHg <input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Poliartralgias severas* <input type="checkbox"/>	Hipotensión arterial en fase tardía <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	Arritias <input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/>	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	Dolor retroocular <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Exantema <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>	Faringitis	<input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/>	Metrorragia voluminosa <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Vómito <input type="checkbox"/>	Sangrado del SNC <input type="checkbox"/>	Ateraciones del gusto	<input type="checkbox"/>	Petequias <input type="checkbox"/>	AST o ALT ≥ 1000 UI <input type="checkbox"/>	Adenomegalias	<input type="checkbox"/>	Torniquete positivo <input type="checkbox"/>	Inflamación de párpado <input type="checkbox"/>	Induración	<input type="checkbox"/>	Otros _____	Alteraciones de la conciencia <input type="checkbox"/>	Inflamación de párpado	<input type="checkbox"/>	Compromiso grave de otros órganos <input type="checkbox"/>	Mocarditis <input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>			Alteraciones cardíacas	<input type="checkbox"/>			Nódulos	<input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de signos y síntomas:	Fecha de inicio de signos de dengue grave:	Prurito de espalda	<input type="checkbox"/>																																																																									
Fiebre <input type="checkbox"/>	<small>DÍA MES AÑO</small>	Diáforesis	<input type="checkbox"/>																																																																									
Fecha de inicio de fiebre <small>DÍA MES AÑO</small>	Escape importante de plasma con pulso débil o indetectable <input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>																																																																									
Temperatura _____ °C	Taquicardia <input type="checkbox"/>	Fotofobia	<input type="checkbox"/>																																																																									
Cefalea <input type="checkbox"/>	Extremidades frías <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>																																																																									
Malgias <input type="checkbox"/>	Llenado capilar ≥3seg <input type="checkbox"/>	Lipotimia	<input type="checkbox"/>																																																																									
Atrialgias leves o moderadas <input type="checkbox"/>	Presión diferencial convergente ≤20mmHg <input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>																																																																									
Poliartralgias severas* <input type="checkbox"/>	Hipotensión arterial en fase tardía <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>																																																																									
Arritias <input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/>	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>																																																																									
Dolor retroocular <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>																																																																									
Exantema <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>	Faringitis	<input type="checkbox"/>																																																																									
Náuseas <input type="checkbox"/>	Metrorragia voluminosa <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>																																																																									
Vómito <input type="checkbox"/>	Sangrado del SNC <input type="checkbox"/>	Ateraciones del gusto	<input type="checkbox"/>																																																																									
Petequias <input type="checkbox"/>	AST o ALT ≥ 1000 UI <input type="checkbox"/>	Adenomegalias	<input type="checkbox"/>																																																																									
Torniquete positivo <input type="checkbox"/>	Inflamación de párpado <input type="checkbox"/>	Induración	<input type="checkbox"/>																																																																									
Otros _____	Alteraciones de la conciencia <input type="checkbox"/>	Inflamación de párpado	<input type="checkbox"/>																																																																									
Compromiso grave de otros órganos <input type="checkbox"/>	Mocarditis <input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>																																																																									
		Alteraciones cardíacas	<input type="checkbox"/>																																																																									
		Nódulos	<input type="checkbox"/>																																																																									
<b>MANEJO:</b> AMBULATORIO <input checked="" type="checkbox"/> HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> FECHA: INGRESO _____ <small>DÍA MES AÑO</small> <b>NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE:</b> <u>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</u> CLUES: <u>DFSSA003973</u> Clave de la Unidad: <u>1016</u> Institución: <u>SSA</u> <b>Diagnóstico inicial hospitalario:</b> _____ <b>Servicio de atención:</b> <input type="checkbox"/> Urgencias médicas <input type="checkbox"/> Terapia intensiva <input type="checkbox"/> Medicina Interna <input type="checkbox"/> Gineco Obstetricia <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Otras, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Terapia intermedia <b>COMORBILIDAD U OTRAS CONDICIONES:</b> Trastornos hemorrágicos: <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Hipertensión: <input type="checkbox"/> Enf. ulcero péptica: <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Inmunosupresión: <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática: <input type="checkbox"/> Embarazo: <input type="checkbox"/> Semanas de gestación: _____ Fecha última regla <small>DÍA MES AÑO</small>																																																																												

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 82 de 187		

**I. EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL**

ESTABLE  GRAVE  MEJORÍA

**SEGUIMIENTO HEMATOLOGICO**

n caso de haber datos de escape de líquidos o hemorragias, realizar:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hto: \_\_\_% Hb: \_\_\_ gr x 100ml. Plaquetas: \_\_\_ x10<sup>3</sup> Albúmina: \_\_\_ g/dl Leucocitos: \_\_\_ x10<sup>3</sup> Linfocitos: \_\_\_ x10<sup>3</sup>  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hto: \_\_\_% Hb: \_\_\_ gr x 100ml. Plaquetas: \_\_\_ x10<sup>3</sup> Albúmina: \_\_\_ g/dl Leucocitos: \_\_\_ x10<sup>3</sup> Linfocitos: \_\_\_ x10<sup>3</sup>

Líquido cefalorraquídeo con aspecto de agua de roca: Sí  No  Bilirrubina directa \_\_\_ mg/dL Bilirrubina total \_\_\_ mg/dL  
 DHL \_\_\_ U/L U/L ALT \_\_\_ U/L AST \_\_\_ U/L

**STUDIOS DE GABINETE**

Fecha de ultrasonido: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de radiografía: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Líquido perivisceral y/o en cavidad abdominal  Líquido en cavidad torácica  Megacolon  Megaesófago   
**DATOS DE EGRESO** Fecha de egreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Alta por mejoría:  Alta voluntaria:  Defunción:  Fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Folio de certificado de defunción: \_\_\_ Fecha de dictaminación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dictamen: \_\_\_\_\_

**I. ESTUDIO DE LABORATORIO:**

**Arbovirosis**

Se tomó muestra para laboratorio: Sí  No

Fecha de toma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<p><b>FASE AGUDA (0-5 Días de evolución)</b></p> <p><b>RT-PCR Triplex</b></p> <p>Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo <input type="text"/></p> <p>CHIK + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo <input type="text"/></p> <p>Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Serotipo <input type="text"/></p> <p>Fechas de resultado: ___/___/___</p>	<p><b>FASE COVALESCENTE (6-12 días)</b></p> <p><b>ELISA IgM</b></p> <p>Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p> <p>Genotipo <input type="text"/></p>	<p><b>SECOVALESCENTE: 6-14 días en DG y 6-30 días en Zika EMBARAZADA</b></p> <p><b>IFI IgM</b></p> <p>Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p> <p>Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p> <p>Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

<p><b>Referencia INDRÉ</b></p> <p><b>MAC- ELISA</b></p> <p>Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p> <p>Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p>
---

Muestra rechazada: Causa:  Lipémica:  Hemolizada:  Muestra Insuficiente:  Días de tránsito:  Otra: \_\_\_\_\_

**Fiebre amarilla**

Fecha de toma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Fecha de resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PCR-Tiempo Real Resultado +  -  Genotipo:  MAC- ELISA +  -   
 Muestra rechazada: Causa:  Lipémica:  Hemolizada:  Muestra Insuficiente:  Días de tránsito:  Otra: \_\_\_\_\_

**Paludismo:**

Gota gruesa: Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Recepción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lectura \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -   
 Especie: Paludismo por *P. vivax*  *P. falciparum*  Otra: \_\_\_\_\_ Densidad Parasitaria: EAS \_\_\_\_\_ ESS \_\_\_\_\_  
 Fechas de toma de seguimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EAS \_\_\_\_\_ ESS \_\_\_\_\_

Muestra rechazada:  Causa: Cantidad insuficiente de sangre  Laminilla destruida  Fijada  Clave de la laminilla: \_\_\_\_\_

**Leishmaniasis:**

Impronta: Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -   
 Serología: Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -   
 Muestra rechazada:  Causa: Lipémica:  Hemolizada:  Muestra Insuficiente:  Días de tránsito:

**Tripanosomiasis:**

Dx parasitológico: Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -   
 Serología: Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -   
 Muestra rechazada:  Causa: Lipémica:  Hemolizada:  Muestra Insuficiente:  Días de tránsito:

**Rickettsiosis:**

Serología: Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -   
 Titulación: \_\_\_\_\_  
 Muestra rechazada:  Causa: Lipémica:  Hemolizada:  Muestra Insuficiente:  Días de tránsito:

**Virus del O. Nilo**

RT-PCR Suero  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  MAC- ELISA +  -   
 LCR  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo  +  -   
 Biopsia  Fechas: Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ +  -  Genotipo   
 Muestra rechazada:  Causa: Lipémica:  Hemolizada:  Muestra Insuficiente:  Días de tránsito:  Otra: \_\_\_\_\_

**Otro padecimiento**

Fecha resultad: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Laboratorio donde se procesó la muestra: \_\_\_\_\_

INDRE

**II. TRATAMIENTO**

Recibió Tratamiento? Paludismo Sí  No  Rickettsiosis Sí  No   
 Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Medicamento: \_\_\_\_\_

**II. ESTUDIO DE CASOS SIMILARES**

NOMBRE	DOMICILIO	EDAD	SEXO		CASO
			M	F	

**III. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ





	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 85 de 187	

NOTIFICACIÓN INMEDIATA Y ESTUDIO DE CASO DE MORBILIDAD MATERNA SEVERA			
<b>V. CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>			
48.- ENFERMEDAD ESPECÍFICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pase a la 54			
49.-Pre-eclampsia severa <input type="checkbox"/>	50.-Eclampsia <input type="checkbox"/>	51.-Choque hipovolémico <input type="checkbox"/>	52.-Choque séptico <input type="checkbox"/>
54.- FALLA ORGÁNICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pase a la 63			
55.-Cardíaca <input type="checkbox"/>	56.-Vascular <input type="checkbox"/>	57.- Coagulación <input type="checkbox"/>	58.-Hepático <input type="checkbox"/> XX.- Uterina <input type="checkbox"/>
59.-Cerebral <input type="checkbox"/>	60.- Renal <input type="checkbox"/>	61.- Respiratorio <input type="checkbox"/>	62.-Metabólica <input type="checkbox"/>
63.- MANEJO ESPECÍFICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pase a la 79			
64.-Ingreso a UCI <input type="checkbox"/>			
65.-Cirugía de emergencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> pase a la 79			
Seleccione tipo de cirugía			
66.- Histerectomía <input type="checkbox"/>	67.-Laparotomía <input type="checkbox"/>	68.- Legrado <input type="checkbox"/>	69.- Cesárea <input type="checkbox"/> 70.- Otra Cuál? _____
71.-Transfusión de más de 3 unidades SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pase a la 79			
Tipo y número de paquetes que recibió			
72.-Glóbulos rojos <input type="checkbox"/>	73.-Plaquetas <input type="checkbox"/>	74.-Plasma fresco <input type="checkbox"/>	75.-Plasma congelado <input type="checkbox"/>
76.-Crioprecipitados <input type="checkbox"/>	77.-Sangre total <input type="checkbox"/>	78.-Factores de coagulación	
<b>VI. ANTECEDENTES</b>			
<b>RIESGO PRECONCEPCIONAL</b>			
79.- La paciente presenta alguna comorbilidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		DIAGNÓSTICO: _____	
(Sx. Metabólico, Obesidad, Desnutrición, Alergias, Hematológicos, ITS, Inmunológicos, Epilepsia, etc)		Codificación CIE-10 _____	
La paciente tiene antecedentes de:		82.- _____	
83.-Tabaquismo <input type="checkbox"/>	84.-Alcoholismo <input type="checkbox"/>	85.-Uso de otras drogas <input type="checkbox"/>	86.- Ninguna toxicomanía <input type="checkbox"/>
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b> <i>Escriba el número. Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores. En las opciones que la respuesta sea negativa registre "0" Si la paciente cursa su primer embarazo marque NO APLICA <input type="checkbox"/> Pase al siguiente apartado</i>			
87.- Número de embarazos <input type="checkbox"/>	88.- Número de partos <input type="checkbox"/>	89.- Número de cesáreas <input type="checkbox"/>	90.- Número de abortos <input type="checkbox"/> 91.- Embarazos ectópicos <input type="checkbox"/>
92.- Embarazo Molar <input type="checkbox"/>	93.- Productos Nacidos Vivos <input type="checkbox"/>	94.- Productos Nacidos Muertos <input type="checkbox"/>	95.- Período intergenésico <input type="checkbox"/> (años)
<i>Mencione si existen los siguientes antecedentes:</i>			
96.- Complicaciones en embarazos anteriores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		97.- Si la respuesta es Afirmativa mencione en que embarazo se presentó <input type="checkbox"/>	
<b>VII. EMBARAZO ACTUAL</b> <i>De las siguientes opciones registre solo aquellas que están o estuvieron presentes en el último embarazo</i>			
98.- Control prenatal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		99.- Semanas de gestación al inicio del control prenatal: <input type="checkbox"/>	
100.- Número de consultas de Control Prenatal <input type="checkbox"/>		101.- Momento de la complicación: Anteparto <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Post parto <input type="checkbox"/>	
102.- Semanas de gestación al ingreso hospitalario <input type="checkbox"/>		103.- Mencione como concluyó el embarazo: Aborto/Legrado <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Parto instrumentado (forceps) <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Continúa embarazada <input type="checkbox"/>	
104.- Semanas de gestación a la conclusión del embarazo <input type="checkbox"/>		105.-Estado del recién nacido Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	
106.- Producto con malformaciones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>		107.-Peso del RN: _____	
<b>VIII. DATOS DEL EGRESO:</b>			
108.- Fecha de egreso hospitalario _____ / _____ / _____		109.- Días de estancia hospitalaria <input type="checkbox"/>	
110.- Días de estancia en UCI: <input type="checkbox"/>		111.- Motivo de egreso hospitalario	
Alta por mejoría <input type="checkbox"/> Traslado por complicación <input type="checkbox"/> Alta voluntaria <input type="checkbox"/> Defunción <input type="checkbox"/>		112.- La paciente egreso con método de Planificación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
113.- ¿Cuál? _____		114.- En caso de egreso por traslado: Unidad de referencia: _____	
115.- Institución de referencia: _____		<b>DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:</b>	
Causa _____		Codificación CIE-10 _____	
116.- _____		Causa _____	
117.- _____		Codificación CIE-10 _____	
118.- _____		119.- _____	
120.- Derivado de la Morbilidad Severa quedó con alguna discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		121.- Tipo de Discapacidad	
Auditiva <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Reproductiva <input type="checkbox"/> Lenguaje y comunicación <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/>		122.-EL CASO SE REVISÓ EN COMITÉ DE PREVENCIÓN Y ESTUDIO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>IX. OBSERVACIONES:</b> _____			
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL LLENADO _____			
FECHA DE ELABORACIÓN: _____ / _____ / _____			

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 86 de 187	

### 10.18 Formato de lepra



**SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**  
**CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES**  
**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA LEPRA**  
*Cédula de Registro - Estudio Epidemiológico*

Expediente:

1. Tipo de paciente:		
<input type="checkbox"/> 1 Nuevo	<input type="checkbox"/> 2 Curado	<input type="checkbox"/> 3 Referido
<b>DATOS GENERALES</b>		
2. Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres (s)
3. Fecha de Nacimiento:	4. Sexo:	5. Ocupación:
<input style="width: 50px;" type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Femenino	<input style="width: 100%;" type="text"/>
6. Lugar de Nacimiento:		
6.1 Estado	6.2 Municipio	
7. Domicilio Actual:		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Calle	Nº Exterior	Nº Interior
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
7.1 Localidad	7.2 Municipio	7.3 Estado
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
7.4 Tiempo de radicar en el domicilio actual: <input style="width: 50px;" type="text"/> Años <input style="width: 50px;" type="text"/> Meses		
8. Unidad notificante:		
8.1 Estado	8.2 Jurisdicción Sanitaria	8.3 Municipio
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
8.4 Clave:	8.5 Tipo de Unidad:	8.6 Nombre de la Unidad:
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
8.7 Nivel de Atención en la Unidad:		
1 <input type="checkbox"/> SAL	2 <input type="checkbox"/> OSESA	3 <input type="checkbox"/> OSETE
4 <input type="checkbox"/> OSECP	5 <input type="checkbox"/> OSECC	6 <input type="checkbox"/> SP
7 <input type="checkbox"/> PSEPC	8 <input type="checkbox"/> SPN	9 <input type="checkbox"/> SECCSA
10 <input type="checkbox"/> SECV	11 <input type="checkbox"/> OSECC	*Especifique: <input style="width: 100px;" type="text"/>
9. Derivación del paciente:		
1 <input type="checkbox"/> SAL	2 <input type="checkbox"/> OSESA	3 <input type="checkbox"/> OSETE
4 <input type="checkbox"/> OSECP	5 <input type="checkbox"/> OSECC	6 <input type="checkbox"/> SP
7 <input type="checkbox"/> PSEPC	8 <input type="checkbox"/> SPN	9 <input type="checkbox"/> SECCSA
10 <input type="checkbox"/> SECV	11 <input type="checkbox"/> OSECC	*Especifique: <input style="width: 100px;" type="text"/>
10. Forma de derivación del caso:		
1 Consulta	2 Examen de contactos	3 Examen de población
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DATOS CLÍNICOS</b>		
11. Fecha de inicio del padecimiento:		
<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	13.1 Fecha de notificación:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>
11.11	13.2 Semana de notificación:	<input style="width: 50px;" type="text"/>
11.12	14. Fecha de inicio de la PQT:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>
11.13	14.1	<input style="width: 50px;" type="text"/>
12. Fecha del diagnóstico:		
<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	14.2	<input style="width: 50px;" type="text"/>
12.11	14.3	<input style="width: 50px;" type="text"/>
12.12	14.4	<input style="width: 50px;" type="text"/>



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 88 de 187	

**Cédula de Registro - Estudio Epidemiológico (Hoja 2)**

16. Estudios complementarios realizados:					
Estudio	Fecha de realización		Resultados		
16.1 Baciloscopia	<input type="text"/> <input type="text"/> d d m m a a a a	16.2 Negativo: <input type="text"/>	IB	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6+	
16.3 Histopatología	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m a a a a	16.4 L <input type="text"/> D <input type="text"/>	IM	<input type="text"/> %	
			T	<input type="text"/>	I <input type="text"/> NE <input type="text"/>

17. Grado de discapacidad:					
17.1 Ojo izq.	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	17.3 Mano izq.	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	17.5 Pie izq.	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>
17.1 Ojo der.	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	17.4 Mano der.	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	17.6 Pie der.	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>
				17.7 General	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>

18. Estado reaccional:						
	No presenta	Tipo I		Tipo II		Otras
		Reverso o Degradación	Entera ruidosa	Entera polimorfa	Entera necrosante (Fenómeno de Lyde)	
18.1 Anterior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18.2 Actual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. Si hubo reacción anterior, ¿Desde cuándo?		20. Diagnóstico/Clasificación:			
19.1 Tipo I	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m m a a a a	<input type="text"/>	1	Leprosia (MB)	
19.2 Tipo II	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m m a a a a	<input type="text"/>	2	Diarrea (MB)	
		<input type="text"/>	3	Tuberculosis (PB)	
		<input type="text"/>	4	Indeterminada (PB)	

21. Estado del paciente:	<input type="text"/>
Clave: 1 Presente actual; 2 Presente c/ret; 3 Curado en Vig Post.; 4 Curado término de Vig. Post.; 5 Reingreso PQT; 6 Reingreso Vig. Post.; 7 Emigró; 8 Falleció; 9 Recedó; 10 Perdido; 12 Abandonó; 13 Tratado	

22. Lugar probable donde adquirió la enfermedad:	
22.1 Localidad	<input type="text"/>
22.2 Municipio	<input type="text"/>
22.3 Estado	<input type="text"/>

23. Otros casos de Lepre relacionados con el presente (Antecedentes, colaterales o consecuentes)			
Nombre	Parentesco o relación (1)	Tiempo de cohabitación	Situación a la fecha de este registro (2)

1) Parentesco o relación: 1 Padre, 2 Madre, 3 Hermano (s), 4 Abuelo (s), 5 Tío (s), 6 Primo (s), 7 Cónyuge, 8 Hijo (s), 9 Otro pariente consanguíneo, 10 Otro pariente político, 11 Vecino (s), 12 Amigo (s), y 13 Empleado (s).  
 2) Situación actual del antecedente: 01 Término de Vigilancia, 02 Vig. Postobacteriana, 03 en PQT, 04 Sin tratamiento, 05 Emigró/Falleció.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 89 de 187		

### 10.19 Formato de VIH-SIDA

FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE VIH/SIDA										
CLASIFICACIÓN:		SEROPOSITIVO			SIDA					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	N° AFIILIACIÓN: _____		POLICIA: _____		CURP: _____					
	CURP: _____		NO. DE EXPEDIENTE: _____							
	NOMBRE: _____									
	Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre (s)			
	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO:		JURISDICCIÓN:					
	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	de nacimiento		<input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Días		SEXO: Masculino Femenino		de nacimiento		
	MUNICIPIO: _____		de nacimiento		EDAD:					
	OCUPACIÓN: _____		ESCOLARIDAD: _____		ESTADO CIVIL: soltero ( )    unión libre ( ) casado ( )    divorciado ( ) viudo ( )    separado ( )					
	(Actual o última)		(Último año aprobado)							
	<b>RESIDENCIA ACTUAL:</b>									
Calle		Número		Colonia		Estado				
Jurisdicción Sanitaria		Municipio		Localidad		C.P.    Delegación (para IMSS)				
Entre qué calle y qué calle: _____		ES MIGRANTE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		MIGRANTE NACIONAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ? MIGRANTE ECUUJ: <input type="checkbox"/> SI MIGRANTE OTRO: _____				
ANTERIOR LUGAR DE RESIDENCIA POR MAS DE SEIS MESES A PARTIR DE 1980 (Si son diferentes al habitual y si han durado más de 6 meses)		Ciudad o Localidad		ESTADO		País		Meses		
ES UN CASO BINACIONAL:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?		País y Ciudad		Especifique País				
Ciudad o Localidad		ESTADO		País		Meses				
HAS LA LENGUA INDIGENA:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?		País y Ciudad						
Ciudad o Localidad		ESTADO		País		Meses				
¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA		¿Cuántos? _____						
HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?		SE LE DIAGNOSTICÓ VIH: <input type="checkbox"/> ANTES <input type="checkbox"/> DURANTE <input type="checkbox"/> DESPUÉS DE SU ESTANCIA EN EL CERESO						
UNIDAD NOTIFICANTE		Clave Unidad		Estado / Delegación		Jurisdicción Sanitaria		Municipio		
Institución		Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)		Número del Médico Notificante						
FECHA DE NOTIFICACIÓN		Día		Mes		Año				

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b> <b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 90 de 187	

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	1. <b>SEXUALIDAD</b>	A. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON:		HOMBRES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	CON MUJERES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
	B. A PARTIR DE 1980 HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON:	HOMOSEXUALES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	BISEXUALES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	HEMOPHÍLICOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
		TRABAJADORES DEL SEXO COMERCIAL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	TRABAJADORES DEL SEXO COMERCIAL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	INTEREDIOS CÉREBRO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
		PERSONAS TRANSGÉNERO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	PERSONAS TRANSGÉNERO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	PERSONAS CON VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
		USUARIOS DROGAS IV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	USUARIOS DROGAS IV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	RECEPTORES DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA O DE TRASPLANTE DE ORGANOS/TEJIDOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	C. ES O HA SIDO TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	NO APLICA	<input type="checkbox"/>							
	D. ES UNA PERSONA TRANSGÉNERO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	NO APLICA	<input type="checkbox"/>							
	E. FUE VÍCTIMA DE VIOLACIÓN SEXUAL:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	NO APLICA	<input type="checkbox"/>							
	2. <b>HA SIDO TRANSGÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	NO APLICA	<input type="checkbox"/>							
	3. <b>ES HEMOFÍLICO:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>								
4. <b>ES USUARIO (A) DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>									
5. <b>HA DONADO SANGRE:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>									
6. <b>HA RECIBIDO TRASPLANTES DE ORGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>									
7. <b>EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>									
8. <b>¿SUSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>									

TRANSMISIÓN PERINATAL	IV. <b>SÓLO LLENAR ESTE PARTIDO EN CASOS CON SUSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL:</b> (ALGUNO DE LOS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?)	MADRE			PADRE		
	1. INFECTADO DE VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	2. FALLECIDO POR VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	3. BISexual	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	4. PAREJA SEXUAL INFECTADA POR VIH/SIDA O PRÁCTICAS DE RIESGO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	5. MAS DE UNA PAREJA SEXUAL.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	6. TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	7. TRANSGÉNERO DESPUÉS DE 1980.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	8. HEMOFILIA.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	9. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	10. DONACIÓN DE SANGRE REMUNERADA.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
	11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ?
V. <b>MECANISMO DE TRANSMISIÓN</b>	1. SEXUAL:	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> BISSUAL	<input type="checkbox"/> Heterosexual	2. TRANSFUSIONAL	<input type="checkbox"/>	
	3. Drogas intravenosas/inyectables	4. OCUPACIONAL	5. PERINATAL	6. DESCONOCIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NOTA: ÚNICAMENTE PERSONAL MÉDICO REGISTRADO Y MANEJARA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMATO. LA INFORMACIÓN DE VIH/SIDA ES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENVIARSE EN SOBRE CERRADO.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 91 de 187		

V ANTECEDENTES CLÍNICOS			
FECHA DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>    Día    Mes    Año</small>		TUVO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON TB ACTIVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DE SIDA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>    Día    Mes    Año</small>		CURP DE LA PERSONA CON TB: _____	
Estado de Residencia al Inicio: _____		TIENE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TB ACTIVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE SIDA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>    Día    Mes    Año</small>		SE LE HA REALIZADO DETECCIÓN ANUAL DE TB LATENTE O PPD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE SIDA: _____		SE LE OFRECIÓ DETECCIÓN DE TB <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
NOMBRE: (HospitM, Clínica, Otros) _____		TIPO DE ESTUDIO REALIZADO: <input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> RX DE TORAX	
INSTITUCIÓN (ESPECIFICAR): _____		FECHA DE REALIZACIÓN DE LA DETECCIÓN: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>    DÍA    MES    AÑO</small>	
MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____		RESULTADO DE LA DETECCIÓN: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	
		RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
		POR CUÁNTO TIEMPO SERÁ ADMINISTRADA: _____ Meses	
		FECHA DE INICIO DE QUIMIOPROFILAXIS: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>    DÍA    MES    AÑO</small>	
		ES UN CASO DE TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
		LOCALIZACIÓN DE LA TB: <input type="checkbox"/> PULMONAR <input type="checkbox"/> EXTRAPULMONAR	
		FECHA DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>    DÍA    MES    AÑO</small>	
		RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TB <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
		CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO: _____	
		ALGUNO DE SUS HIJOS ESTÁ INFECTADO CON VIH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
		ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
		SI NO ESTÁ EMBARAZADA SE LE OFRECIÓ ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ?	
		ANTECEDENTES DE EMBARAZO:	
		SI ESTÁ EMBARAZADA, NÚMERO DE GESTA: _____	
		SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH Y EMBARAZO: _____	
		RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES: _____	
		COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL: _____	
		EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		TIENE CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

INFECCIONES	FECHA DE DIAGNÓSTICO		
	SI	NO	(DÍA, MES, AÑO)
CANDIDIASIS: Esófago			
Traqueal, bronquial y/o pulmonar			
Orolingoes			
Vulvovaginal >1 mes o refractario			
CITOMEGALOVIRUS			
CRYPTOSPORIDIASIS			
CRIFTOCOCCOSIS EXTRAPULMONAR			
HEPATITIS: B			
C			
HERPES: SIMPLE de más de 1 mes, bronquial o esofágico			
ZÓSTER recurrente o en dos dermatomas			
HISTOPLASMOSIS DISEMINADA O EXTRAPULMONAR			
INFECCIONES BACTERIANAS			
MICOBACTERIOSIS ATÍPICA: <i>M. Avium</i>			
(Disenminada o extrapulmonar)			
<i>M. Kansasii</i>			
Otras			
NEUMONÍA POR P. JIROVECI ( <i>P. CARINI</i> )			
SEPTISEMIA			
BACTEREMIA RECURRENTE POR SALMONELLA			
TOXOPLASMOSIS			
ISOSPORIDIASIS DE MÁS DE 1 MES			
COCCIDIOIDIOSIS DISEMINADA			
ESTRONGILOSIDIOSIS EXTRAINTestinal			



**Salud**  
Secretaría de Salud

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria



DR. EDUARDO LICEAGA

Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 92 de 187	

NEUROLÓGICOS	COMPLEJO DEMENCIAL	SI	NO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO	
	DIFUNCIÓN MOTORA CENTRAL				
NEOPLASIAS	LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL				
	MEINGITIS				
	NEUROPATÍA PERIFÉRICA				
	RETINOPATÍA				
	TOXOPLASMOSS, HERPES O CITOMEGALOVIRUS CEREBRAL				
	SARCOMA DE KAPOSI	SI	NO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO	
OTRAS	LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO				
	ENFERMEDAD DE HODGKIN				
	LINFOMA NO HODGKIN				
	DISPLASIA O CÁNCER CERVICOUTERINO				
	ADENOCARCINOMA				
OTRAS	ANGIOMATOSIS BACILAR	SI	NO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO	
	LEUCOPLAQUIA PÍLAGA				
	CONDILOMAS GENITALES				
	LINFADENOPATÍA GENERALIZADA				
	HIPERPLASIA PULMONAR LINFOIDE				
	NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE				
	NEUMONÍA Y/O INFECC. RESP. RECURRENTES				
	ANEMIA, TROMBOCITOPENIA O NEUTROPENIA > 1 MES				
	SÍNDROME DE DESGASTE				
	PERDIDA DE PESO > AL 10%, O FALTA PARA CRECER				
	DIARREA DE MÁS DE 1 MES				
	FIEBRE DE MÁS DE 1 MES				
	SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO				
OTRAS (especificar)					
1- _____					
2- _____					
3- _____					

TRATAMIENTO	RECIBE ANTIRRETROVIRALES	SI	NO	?		
	FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO					
	UNIDAD TRATANTE	_____				
	Nombre (hospital, Clínica, Centro de Salud, otro)	_____				
ESTADO ACTUAL	CLAVE DE LA UNIDAD	_____				
	INSTITUCIÓN	_____				
	ESTADO	_____				
	JURISDICCIÓN	_____				
	MUNICIPIO	_____				
LABORATORIO	AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN, EL PACIENTE SE ENCUENTRA:	VIVO <input checked="" type="checkbox"/>				
	MUERTO	FECHA DE LA DEFUNCIÓN				
	SE IGNORA	DÍA MES AÑO				
	No. DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	_____				
LABORATORIO	DETECCIÓN INICIAL:	Reacción	No reacción	Indeterminado	Fecha de Toma	Fecha de Resultado
	ELISA					
	Agglutinación					
	Prueba rápida					
	DETECCIÓN REPETIDA:					
	ELISA					
	Agglutinación					
	Prueba rápida					
	CONFIRMATORIA:					
	Western blot					
PCR						
Western blot para IgA						
CD4	_____	Cél/ml	_____	%		
Carga Viral	_____	Copias/ml				

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

CONTACTOS	NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre)	SEXO		EDAD	Relación con el Paciente	CURP	LABORATORIO				ESTADO ACTUAL		NOTIFICADO	
		M	F				Posit.	Neg.	Ind.	Se Ig.	Vivo	Muerto	SI	NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NEURONOTIFICANTE

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 93 de 187	

## 10.20 Formato de enfermedad respiratoria viral


<b>Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral</b>
<b>DATOS GENERALES</b>
Nombre de la unidad: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha de notificación en plataforma: <input style="width: 20%;" type="text"/> dd/mm/aaaa Folio plataforma: <input style="width: 20%;" type="text"/>
Apellido Paterno: <input style="width: 20%;" type="text"/> Apellido materno: <input style="width: 20%;" type="text"/> Nombre (s): <input style="width: 40%;" type="text"/>
Fecha de Nacimiento: Día: <input style="width: 5%;" type="text"/> Mes: <input style="width: 5%;" type="text"/> Año: <input style="width: 10%;" type="text"/> CURP: <input style="width: 60%;" type="text"/>
Sexo: Hombre: <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> ¿Está embarazada? Sí <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> No <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> Meses de embarazo: <input style="width: 10%;" type="text"/> Se encuentra en período de puerperio: Sí <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> No <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> Días de puerperio: <input style="width: 10%;" type="text"/>
Nacionalidad: Mexicana: <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> Extranjera: <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> ¿Es migrante? Sí <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> No <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> País de nacionalidad: <input style="width: 20%;" type="text"/> País de origen: <input style="width: 20%;" type="text"/>
Países en tránsito en los últimos tres meses: 1 <input style="width: 15%;" type="text"/> 2 <input style="width: 15%;" type="text"/> 3 <input style="width: 15%;" type="text"/> Otro: <input style="width: 20%;" type="text"/> Fecha de ingreso a México: <input style="width: 20%;" type="text"/>
País de nacimiento: <input style="width: 20%;" type="text"/> Entidad federativa de nacimiento: <input style="width: 40%;" type="text"/>
Entidad de Residencia: <input style="width: 20%;" type="text"/> Municipio de residencia: <input style="width: 40%;" type="text"/>
Localidad: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Calle: <input style="width: 60%;" type="text"/> Número: <input style="width: 10%;" type="text"/>
Entre qué calles: <input style="width: 30%;" type="text"/> y <input style="width: 30%;" type="text"/>
Colonia: <input style="width: 30%;" type="text"/> C.P. <input style="width: 15%;" type="text"/> Teléfono: <input style="width: 20%;" type="text"/>
¿Se reconoce cómo indígena? Sí <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> No <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> ¿Habla alguna lengua indígena? Sí <input style="width: 5%;" type="checkbox"/> No <input style="width: 5%;" type="checkbox"/>
Ocupación: <input style="width: 80%;" type="text"/>
¿Pertenece a alguna institución educativa? <input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>DATOS CLÍNICOS</b>

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 94 de 187	

Servicio de ingreso:

Tipo de paciente: 1=Ambulatorio   
2=Hospitalizado

Fecha de ingreso a la unidad:  dd/mm/aaaa      Fecha de inicio de síntomas:  dd/mm/aaaa

¿A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

	Si	No
Inicio súbito de los síntomas		
Fiebre		
Tos		
Cefalea		
Disnea		
Irritabilidad		
Diarrea		
Dolor torácico		
Escalofríos		
Oclinoftalmía		
Mialgias		
Artralgias		
Ataque al estado general		
Rinorrea		
Polipnea		
Vómito		
Dolor abdominal		
Conjuntivitis		
Cianosis		
Otro		

Co-morbilidad

	Si	No
Diabetes		
EPOC		
Asma		
Inmunosupresión		
Hipertensión		
VIH/Sida		
Enfermedad cardiovascular		
Obesidad		
Insuficiencia renal crónica		
Tabaquismo		
Otros		

Especifique otros:

Diagnóstico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI)   
2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

**TRATAMIENTO**

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?  Si  No

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?  Si  No

Si la respuesta fue afirmativa:

Seleccione el antiviral:  1=Amantadina    2=Rimantadina    3=Oseltamivir  
4=Zanamivir    5=Otro, Especifique otro:

¿Cuándo se inició el tratamiento con ese antiviral?  dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos?  Si  No

¿Se inicia tratamiento con antivirales?  Si  No

Seleccione el antiviral:  1=Amantadina    2=Rimantadina    3=Oseltamivir  
4=Zanamivir    5=Otro, Especifique otro:

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>2. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 95 de 187		

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Fuero contacto con otros casos de influenza o COVID-19 en las últimas dos semanas?  Sí  No

durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

Aves	Sí	No	Otro animal	
Cerdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?  Sí  No

País:  Ciudad:

Recibió la vacuna contra la influenza en el último año?  Sí  No

fechas de vacunación:  dd/mm/aaaa

**LABORATORIO**

Se le tomó muestra al paciente?  Sí  No

laboratorio que procesará la muestra:

tipo de muestra: 
1=Exudado faríngeo
2=Exudado nasofaríngeo  
3=Lavado bronquial
4=Biopsia de pulmón

fecha de toma de muestra:  dd/mm/aaaa

resultado:

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 96 de 187	

**3. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ACCIDENTES CON PRODUCTOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS EN EL PERSONAL DE SALUD**

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 97 de 187		

## 1. PROPÓSITO

1.1 Prevenir o limitar el riesgo de transmisión de infecciones a través del contacto accidental con productos biológico infecciosos dentro del Hospital, a fin de brindar atención de calidad al personal de salud.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno El Departamento de Epidemiología, vigila y controla los accidentes relacionados con productos biológicos infecciosos en el Hospital.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a ISSSTE.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Epidemiología deberá operar el procedimiento de conformidad con las normas: NOM-017- SSA2-2012, NOM-087-SEMARNAT-2005 y NOM-010-SSA2-2010.

3.2 El Departamento de Epidemiología solicitará o gestionará los recursos para la operación de este Procedimiento.

3.3 Este procedimiento se aplicará a todo el personal multidisciplinario del Hospital con riesgo de sufrir un accidente con material biológico infeccioso.

3.4 El personal Médico Epidemiólogo será responsable de la valoración del caso y del llenado del formato de accidente con material biológico infeccioso y solicitará interconsulta en los casos que lo ameriten al Servicio de Infectología.

3.5 Es responsabilidad del Departamento de Epidemiología autorizar el informe trimestral, semestral y anual de los trabajadores en seguimiento.

3.6 Todos los accidentes por punzocortante o salpicaduras ocurridos en el Hospital deberán ser reportados al Departamento de Epidemiología.

3.7 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 98 de 187	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

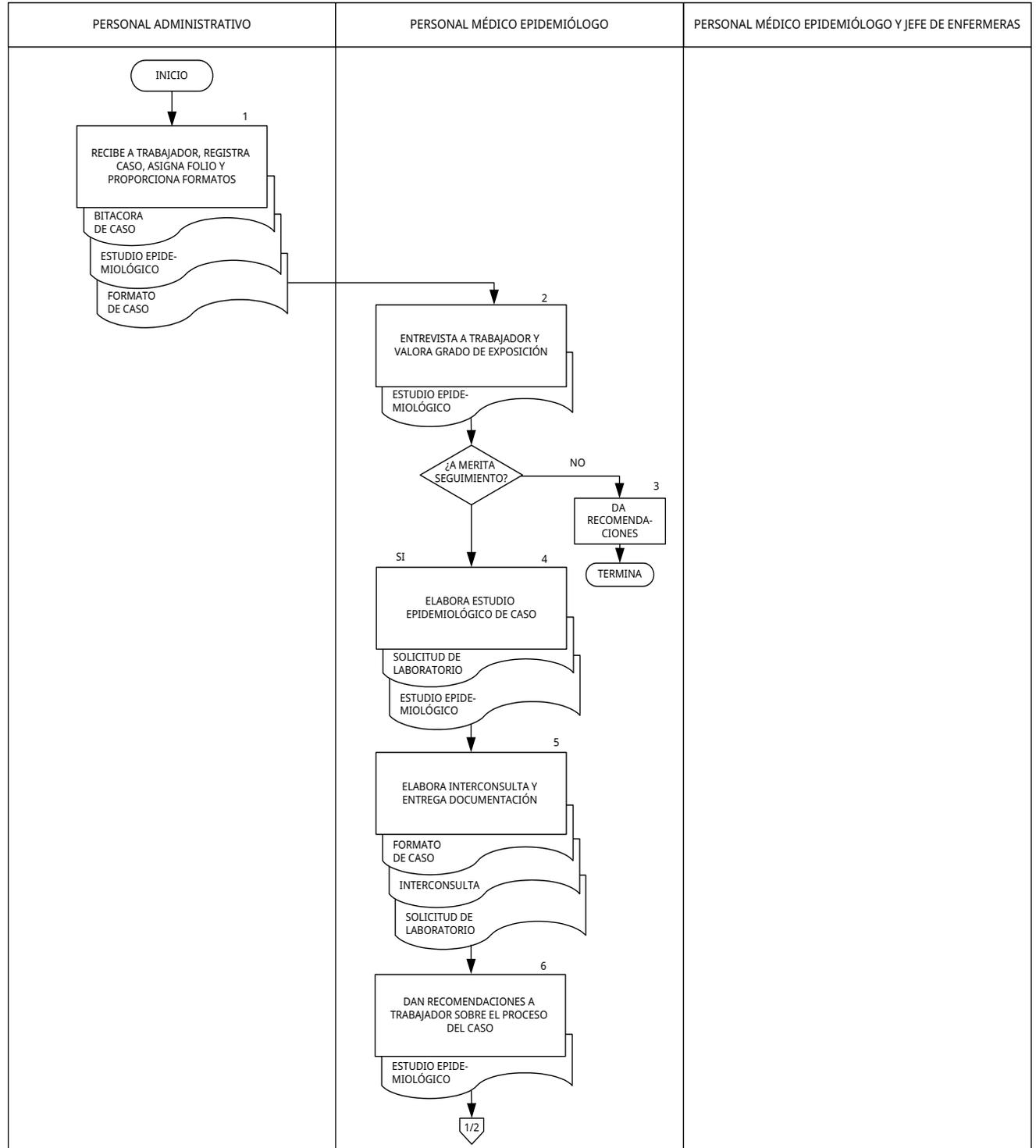
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	1	Recibe al Trabajador accidentado, registra el caso y le asigna número de folio, proporciona los formatos de: Estudio Epidemiológico de Caso de Accidente con Material Biológico potencialmente Infeccioso, Solicitud para el Laboratorio de Virología y Seguimiento de Caso al Médico Epidemiólogo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora</li> <li>• Estudio epidemiológico</li> <li>• Formato de seguimiento Solicitud de estudio</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo.	2	Entrevista al trabajador (sobre la naturaleza y mecanismo de la lesión o exposición), determina el grado de exposición, el estado de infección del paciente fuente (cuando se conoce), valora si hubo exposición a material biológico potencialmente infeccioso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora</li> <li>• Estudio epidemiológico</li> <li>• Formato de seguimiento Solicitud de estudio</li> </ul>
	3	¿Amerita seguimiento epidemiológico? No: Explica al trabajador que no amerita seguimiento epidemiológico; da recomendaciones generales y específicas acordes al caso y termina procedimiento.	
	4	Si: Elabora Estudio Epidemiológico de Caso de Accidente con Material Biológico potencialmente Infeccioso.	
	5	Elabora interconsulta al Servicio de Infectología y entrega al trabajador expuesto: Formato de Interconsulta, Formato de seguimiento y Solicitud de Laboratorio de Virología, con indicaciones de acudir primero a la interconsulta, tramitar el exento de pago en la Jefatura de Trabajo Social y pedir cita en Laboratorio Central.	
	6	Da recomendaciones al trabajador expuesto acorde al caso, le explica el proceso del seguimiento y le sugiere dar aviso del accidente a las instancias correspondientes intra y extra hospitalarias y entrega el Estudio Epidemiológico del caso al Personal Administrativo.	

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 99 de 187	

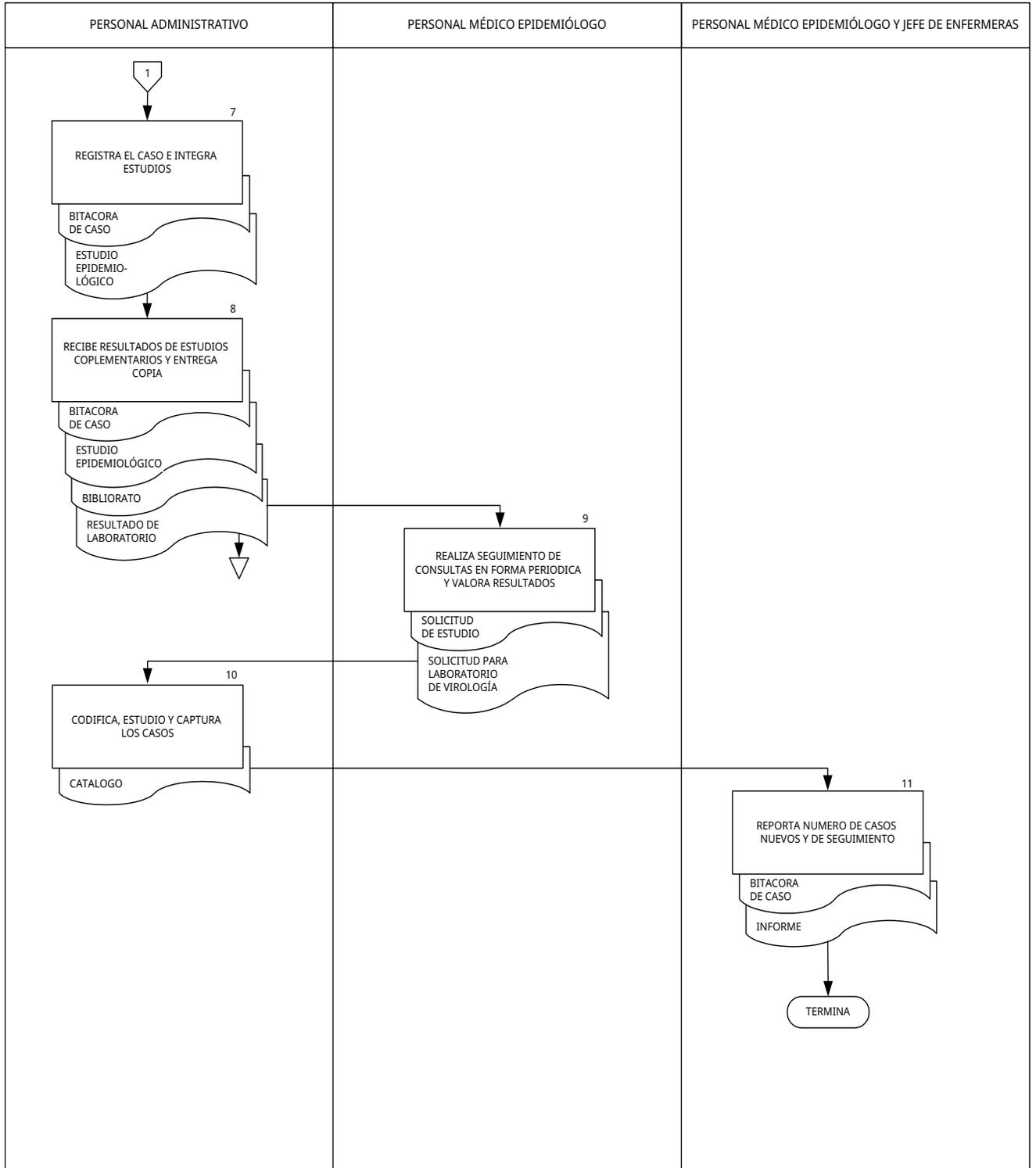
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	7	Registra el caso en la bitácora y archiva el Estudio Epidemiológico de Caso de Accidente con Material Biológico Infeccioso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de Casos Resultado de Laboratorio.</li> <li>• Estudio Epidemiológico de Caso</li> <li>• Bibliorato</li> </ul>
	8	Recibe resultados del Laboratorio Central, los fotocopia y guarda con el estudio epidemiológico y en el bibliorato de resultados de virología de Trabajadores accidentados correspondiente, entrega copia al trabajador accidentado cuando acuda por ella y vuelve a guardar la copia con el acuse en el Estudio Epidemiológico de Caso.	
Personal Médico Epidemiólogo	9	Realiza consultas de seguimiento, a los 3, 6 y 12 meses al trabajador accidentado, valora resultados de laboratorio y proporciona nueva solicitud para Laboratorio de Virología y da de alta al trabajador al concluir el seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico de Caso de Accidente.</li> <li>• Solicitud para el Laboratorio de Virología</li> </ul>
Personal Administrativo	10	Codifica conforme al Catálogo de variables del estudio epidemiológico de caso estudio y captura los casos en la base de datos diseñada para tal fin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catálogo</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo y Jefe de Enfermeras	11	Reporta el número de accidentes de casos punzocortantes nuevos y en seguimiento en la Bitácora de Casos y en el Informe estadístico trimestral que se integra al informe estadístico en forma Trimestral, Semestral y Anual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de Casos</li> <li>• Informe estadístico trimestral</li> </ul>
		<b>TERMINA</b>	

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	Diciembre 2024	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 100 de 187	

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	Diciembre 2024	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 101 de 187	



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 102 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.	No Aplica
6.2 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología autorizado.	No Aplica
6.3 NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.	No Aplica
6.4 NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud Ambiental-Residuos peligrosos biológico-infeccioso- clasificación y especificaciones de manejo.	No Aplica
6.5 NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	No Aplica
6.6 Estándares para la certificación de establecimientos de atención médica.	No Aplica
6.7 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.8 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.9 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.10 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Estudio Epidemiológico de Caso de Accidente con Material Biológico Infeccioso	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.2 Bitácora de Casos	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.3 Formato de Seguimiento de Caso	1 año	Trabajador expuesto	Folio/mes
7.4 Base de datos de casos	5 años	Departamento de Epidemiología	Archivo

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Accidente con punzocortante:** Lesión ocasionada en forma no intencional por material punzocortante.

**8.2 Agente biológico infeccioso:** Cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.

**8.3 Exposición:** Contacto accidental con sangre o fluidos corporales de paciente conocido o desconocido, ya sea por lesión con punzocortante o por salpicadura en mucosas o piel no íntegra.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 103 de 187	

**8.4 Fuente de infección:** A la persona, vector o vehículo que alberga un microorganismo o agente causal y desde el cual este puede ser adquirido, transmitido o difundido a la población susceptible.

**8.5 Profilaxis:** Tratamiento para prevenir alguna enfermedad o infección.

**8.6 Residuos peligrosos biológico- infecciosos (RPBI):** Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos según son definidos en la Norma Oficial Mexicana NOM- 087-ECOL-SSA1-2019, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Estudio Epidemiológico de Caso de Accidente con Material Biológico Infeccioso
- 10.2 Formato de seguimiento de caso.
- 10.3 Formato de Interconsulta
- 10.4 Solicitud para el Laboratorio de Virología.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 104 de 187	

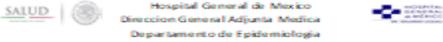
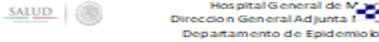
### 10.1 Estudio Epidemiológico de Caso de Accidente con Material Biológico Infeccioso

<b>DETECCION INICIAL</b> FECHA: _____ HbS Ag INICIAL ANTI HbS INICIAL ANTI HIV 1+2 (ELISA) INICIAL ANTI HbS _____ mU/ml (ELISA) INICIAL		SALUD HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DE EDUARDO LICEAGA FOLIO: _____ / _____
OBSERVACIONES: _____ _____ NOMBRE DEL MEDICO: _____		<b>HOSPITAL GENERAL DE MEXICO</b>
<b>SEGUIMIENTO</b> FECHA: _____ ANTI H (ELISA) _____ HbS Ag 3 meses ANTI H 3 meses		<b>DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA</b>
OBSERVACIONES: _____ _____ NOMBRE DEL MEDICO: _____		<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA</b>
FECHA: _____ ANTI HM 1+2 (ELISA) _____ 6 meses OBSERVACIONES: _____ _____ NOMBRE DEL MEDICO: _____		<b>ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO DE ACCIDENTE CON MATERIAL BIOLOGICO INFECC</b>
FECHA: _____ ANTI HIV 1+2 (ELISA) 12 meses HbS Ag FINAL Anti HbS Ag _____ mU/ml ANTI H FINAL En caso de vacunación durante el seguimiento		<b>ELABORADO POR</b> _____
OBSERVACIONES: _____ _____ NOMBRE DEL MEDICO: _____		

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 105 de 187	

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO				RECOMENDACIÓN DE PROFILAXIS CONTRA VIH			
FECHA DE ESTUDIO:	HORA:	TEL:		¿SE RECOMIENDA TRATAMIENTO PROFILACTICO?			
NOMBRE: _____	EDAD: _____	SEXO: _____		1. SI    2. NO			
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)							
SERVICIO DONDE LABORA O ROTA: _____	OCUPACION: _____			¿SE ENVIA A VALORACION A INFECTOL			
FECHA DEL ACCIDENTE: _____				1. SI    2. NO			
HORA DEL ACCIDENTE: _____							
DIA MES / (aproximada) HORAS MINUTOS							
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____				¿RECIBIO TRATAMIENTO ANTIRETROVI			
(Área física donde ocurrió el accidente o procedencia del material: hospitalización, quirófano, consultorio, etc.)				1. SI    2. NO			
¿QUÉ HIZO CUANDO OCURRIÓ? _____							
¿QUÉ HIZO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE?				<b>RECOMENDACIÓN DE PROFILAXIS CONTRA HEPATITIS B</b>			
SUSPENDER ACTIVIDADES    LAVAR CON SOLUCION FISIOLOGICA    OTRAS: _____				¿SE RECOMIENDA VACUNACION CONTRA HEPATITIS B?			
LAVAR CON AGUAY JABON    REPORTARLO A SU JEFE INMEDIATO    _____				1. SI    2. NO			
EXPRESAR LA HERIDA    ACUDIR A VALORACION							
TIPO DEL ACCIDENTE	1. SANGRE	SITIO ANATOMICO DE LA LESION		¿SE ENVIA A VACUNACION A MEDICINA PREVENTIVA?			
	2. LESION CON PUNZOCOR	_____		1. SI    2. NO			
MATERIAL INVOLUCRADO	1. SANGRE			¿SE LE APLICO VACUNA CONTRA HEPATITIS B?			
	2. FLUIDOS CON SANGRE			1. SI    2. NO			
	3. OTROS MATERIALES POTENCIALMENTE INFECCIOSOS						
	4. OTROS MATERIALES NO CONTAMINADOS (no tratar)						
	5. SE IGNORA			1. SI    2. NO			
*Evaluar en forma individual la necesidad de profilaxis por exposicion							
NOMBRE DEL PACIENTE FUENTE: _____			SE DESCONOCE		1a. DOSIS		
SERVICIO: _____	CAMA: _____	DIAGNOSTICO: _____		2a. DOSIS			
N. EXPEDIENTE _____	VIH (1, 2) _____	Hepatitis B (1, 2) _____	Hepatitis C (1, 2) _____	DIA MES AÑO		DIA ME	
GRADO DE EXPOSICION	1. Sangre o fluidos en piel intacta			<b>RECOMENDACIÓN DE OTRO TRATAMIENTO</b>			
	2. Volumen pequeño en mucosas o piel no íntegra			ESPECIFICAR: _____			
	3. Vol. Grande en mucosas o piel no íntegra o leve percutánea			_____			
	4. Severa percutánea			_____			
ESTADO POR INFECCION	1. VIH negativo			_____			
POR VIH DE LA FUENTE:	2. VIH positivo asintomático			_____			
	3. Paciente con SIDA			_____			
	4. VIH Desconocido (Estado o fuente desconocidos)			<b>OBSERVACIONES</b>			
Paciente asintomático y Título bajo (cd4 DE 500 o mas)				_____			
SIDA o Título alto (Infeccion primaria por VIH, carga viral elevada, o CD4 menos de 500)				_____			
EXPOSICION A Hepatitis B	1. Fuente HBsAg Positivo			_____			
	2. Fuente HBsAg Negativo			_____			
	3. Fuente desconocida o estado desconocido			_____			
VACUNACION CONTRA HEPATITIS B:	N. DE DOSIS: _____		FECHA: _____				
	NO	SI	MIS/AÑO				

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 106 de 187		

 Hospital General de México Dirección General Adjunta Médica Departamento de Epidemiología	 Hospital General de México Dirección General Adjunta Médica Departamento de Epidemiología
<b>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES CON PRODUCTOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS</b>	<b>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES CON PRODUCTOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS</b>
<b>SEGUIMIENTO DE CASO</b>	<b>SEGUIMIENTO DE CASO</b>
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
NUMERO DE FOLIO: _____	NUMERO DE FOLIO: _____
ELABORADO POR: _____	ELABORADO POR: _____
DR. BALMIS 148, COL. DOCTORES-MÉXICO 06726, D.F. UNIDAD 204 SOTANO TEL.27 89 20 00 EXT. 1365	DR. BALMIS 148, COL. DOCTORES-MÉXICO 06726, D.F. UNIDAD 204 SOTANO TEL.27 89 20 00 EXT. 1365

<b>FECHA DE ELABORACION:</b> _____ DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO: _____	<b>FECHA DE ELABORACION:</b> _____ DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO: _____
<b>LABORATORIO</b> <small>(MARCAR LA CASILLA DE VERIFICACION CUANDO SE HAYA HECHO)</small>	<b>LABORATORIO</b> <small>(MARCAR LA CASILLA DE VERIFICACION CUANDO SE HAYA HECHO)</small>
<b>DETECCION INICIAL FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> VIH, HEPATITIS B Y HEPATITIS C.	<b>DETECCION INICIAL FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> VIH, HEPATITIS B Y HEPATITIS C.
<b>SEGUIMIENTO 2da. MES FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> DETECCION DE HEPATITIS B Y HEPATITIS C, 1a. DE VIH	<b>SEGUIMIENTO 2da. MES FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> DETECCION DE HEPATITIS B Y HEPATITIS C, 1a. DE VIH
<b>SEGUIMIENTO 6ta. MES FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> 2da. DETECCION DE VIH	<b>SEGUIMIENTO 6ta. MES FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> 2da. DETECCION DE VIH
<b>SEGUIMIENTO 12ta. MES FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> DETECCION FINAL DE HEPATITIS B, HEPATITIS C Y VIH	<b>SEGUIMIENTO 12ta. MES FECHA:</b> _____ <input type="checkbox"/> DETECCION FINAL DE HEPATITIS B, HEPATITIS C Y VIH

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	Diciembre 2024	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 107 de 187	

## 10.2 Formato de seguimiento de caso.

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES CON PRODUCTOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

#### SEGUIMIENTO DE CASO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE FOLIO: \_\_\_\_\_

ELABORADO POR: \_\_\_\_\_

DR. BALMIS 148 COL. DOCTORES - MÉXICO 06726, D.F.  
 UNIDAD 204 SÓTANO TEL. 27 89 20 00 EXT. 1165

FECHA DE ELABORACIÓN DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

LABORATORIO (MARCAR LA CASILLA DE VERIFICACIÓN CUANDO SE HAYA REALIZADO EL ESTUDIO)

DETECCIÓN INICIAL. FECHA: \_\_\_\_\_   
 VIH, HEPATITIS B Y HEPATITIS C.

SEGUIMIENTO 3<sup>er</sup> MES. FECHA: \_\_\_\_\_   
 DETECCIÓN DE HEPATITIS B Y HEPATITIS C, 1<sup>a</sup> DE VIH

SEGUIMIENTO 6<sup>o</sup> MES. FECHA: \_\_\_\_\_   
 2<sup>a</sup> DETECCIÓN DE VIH

SEGUIMIENTO 12<sup>o</sup> MES. FECHA: \_\_\_\_\_   
 DETECCIÓN FINAL DE HEPATITIS B, HEPATITIS C Y VIH

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 108 de 187		

### 10.3 Formato de Interconsulta



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
 DR. EDUARDO LICEAGA  
 DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
**INTERCONSULTA**



AL SERVICIO: _____	No.DE ECU: _____	
NOMBRE DEL ENFERMO (A): _____		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
DEL SERVICIO: _____	UNIDAD: _____	CAMA: _____
MOTIVO DE INTERCONSULTA:		
_____		
_____		
_____		
RECIBIDO POR: _____		MÉDICO SOLICITANTE
FECHA Y HORA: _____		_____
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL		

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>3. Procedimiento para la vigilancia, prevención y control de accidentes con productos biológicos infecciosos en el personal de salud.</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 109 de 187		

### 10.4 Solicitud para el Laboratorio de Virología

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b> DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO y TRATAMIENTO							
<b>VIROLOGÍA I</b> <b>NO. SOLICITUD</b> <b>LICENCIA SANITARIA 2006u376339</b>								
FECHA DE SOLICITUD:								
NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	N° EXPEDIENTE:						
EDAD:	CAMA:	SEXO:						
SERVICIO QUE SOLICITA:	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN:	TIPO DE PACIENTE:						
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 539-030 HBs Ag  <input type="checkbox"/> 539-031 ANTI HBs  <input type="checkbox"/> 539-033 ANTI HBc IgM  <input type="checkbox"/> 539-034 HBe Ag  <input type="checkbox"/> 539-035 ANTI HBe  <input type="checkbox"/> 539-036 ANTI HA IgM  <input type="checkbox"/> 539-037 ANTI HC         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 539-038 ANTI HIV 1 + 2 (ELISA)  <input type="checkbox"/> 539-039 DISCRIMINATORIA HIV 1/2 (RAPIDA)         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>IgM</b>  <input type="checkbox"/> 539-040 ANTI RUBEOLA  <input type="checkbox"/> 539-041 ANTI TOXO  <input type="checkbox"/> 539-042 ANTI CMV  <input type="checkbox"/> 539-046 ANTI HVS (gC1)  <input type="checkbox"/> 539-048 ANTI HVS2(gC2)         </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>IgG</b>  <input type="checkbox"/> 539-044 ANTI RUBEOLA  <input type="checkbox"/> 539-045 ANTI TOXO  <input type="checkbox"/> 539-043 ANTI CMV  <input type="checkbox"/> 539-047 ANTI HVS1 (gC1)  <input type="checkbox"/> 539-049 ANTI HVS2 (gC2)         </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 539-030 HBs Ag <input type="checkbox"/> 539-031 ANTI HBs <input type="checkbox"/> 539-033 ANTI HBc IgM <input type="checkbox"/> 539-034 HBe Ag <input type="checkbox"/> 539-035 ANTI HBe <input type="checkbox"/> 539-036 ANTI HA IgM <input type="checkbox"/> 539-037 ANTI HC	<input type="checkbox"/> 539-038 ANTI HIV 1 + 2 (ELISA) <input type="checkbox"/> 539-039 DISCRIMINATORIA HIV 1/2 (RAPIDA)	<b>IgM</b> <input type="checkbox"/> 539-040 ANTI RUBEOLA <input type="checkbox"/> 539-041 ANTI TOXO <input type="checkbox"/> 539-042 ANTI CMV <input type="checkbox"/> 539-046 ANTI HVS (gC1) <input type="checkbox"/> 539-048 ANTI HVS2(gC2)	<b>IgG</b> <input type="checkbox"/> 539-044 ANTI RUBEOLA <input type="checkbox"/> 539-045 ANTI TOXO <input type="checkbox"/> 539-043 ANTI CMV <input type="checkbox"/> 539-047 ANTI HVS1 (gC1) <input type="checkbox"/> 539-049 ANTI HVS2 (gC2)		
<input type="checkbox"/> 539-030 HBs Ag <input type="checkbox"/> 539-031 ANTI HBs <input type="checkbox"/> 539-033 ANTI HBc IgM <input type="checkbox"/> 539-034 HBe Ag <input type="checkbox"/> 539-035 ANTI HBe <input type="checkbox"/> 539-036 ANTI HA IgM <input type="checkbox"/> 539-037 ANTI HC	<input type="checkbox"/> 539-038 ANTI HIV 1 + 2 (ELISA) <input type="checkbox"/> 539-039 DISCRIMINATORIA HIV 1/2 (RAPIDA)	<b>IgM</b> <input type="checkbox"/> 539-040 ANTI RUBEOLA <input type="checkbox"/> 539-041 ANTI TOXO <input type="checkbox"/> 539-042 ANTI CMV <input type="checkbox"/> 539-046 ANTI HVS (gC1) <input type="checkbox"/> 539-048 ANTI HVS2(gC2)						
<b>IgG</b> <input type="checkbox"/> 539-044 ANTI RUBEOLA <input type="checkbox"/> 539-045 ANTI TOXO <input type="checkbox"/> 539-043 ANTI CMV <input type="checkbox"/> 539-047 ANTI HVS1 (gC1) <input type="checkbox"/> 539-049 ANTI HVS2 (gC2)								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <b>Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico</b> </div>								

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 110 de 187	

#### **4. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS DEFUNCIONES**

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 111 de 187	

## 1. PROPÓSITO

1.1 Contribuir al conocimiento de la morbilidad y mortalidad de la población, por medio del estudio de las causas de muerte por enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de acuerdo a la NOM-017 para la vigilancia epidemiológica y al Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), en los pacientes fallecidos en el Hospital General de México, para su notificación a la jurisdicción Sanitaria, por los canales establecidos en dicho Sistema.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología, a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, vigilan el proceso epidemiológico de las defunciones desarrolladas en los Servicios de Patología, Consulta Externa, Pediatría, Oncología, Gastroenterología, Ginecología y Obstetricia, Neurología, Hematología y Dermatología.

2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, por los canales estipulados en la NOM-017 y el SEED.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Jefatura del Departamento de Epidemiología supervisar que este procedimiento se realice en cumplimiento de la NOM-17 para la vigilancia epidemiológica y el SEED.

3.2 El personal Médico y de enfermería de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica identificará las defunciones por causas de notificación obligatoria y realiza el estudio epidemiológico y/o resumen clínico-epidemiológico correspondiente.

3.3 El personal Médico es responsable de la notificación a la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc y a otras instancias intra y extra hospitalarias, según corresponda.

3.4 El Servicio de Patología proporcionará oportunamente copia de los certificados de defunción y de los reportes preliminar y final de las necropsias, y facilita el expediente del finado cuando lo requiere la Unidad de Vigilancia Epidemiológica para la elaboración del estudio epidemiológico y/o resumen clínico epidemiológico.

3.5 Los Servicios de Consulta Externa, Pediatría, Oncología, Gastroenterología, Ginecología y Obstetricia, Neurología, Hematología, Dermatología, Medicinas Internas, Cirugías o Archivo General, proporcionan el expediente del finado cuando lo requiera la Unidad de Vigilancia Epidemiológica para la elaboración del estudio epidemiológico y/o resumen clínico epidemiológico.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 112 de 187	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>

3.6 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 113 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Médico Epidemiólogo	1	Revisa y firma todos los certificados de defunción, autopsias provisionales y finales y separa las defunciones con diagnóstico de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de defunción</li> <li>• Autopsia provisional</li> <li>• Autopsia final</li> </ul>
	2	Solicita fotocopiar los certificados de interés epidemiológico y archivar todos los certificados y autopsias recibidos del Servicio de Patología una vez que son firmados.	
	3	Entrega a la Jefatura de Enfermeras las copias de casos identificados sujetos a vigilancia.	
Jefatura de Enfermeras	4	Recibe copias de los casos y solicita al personal administrativo revisar cada caso en el Registro Nominal para saber si fue notificado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de defunción</li> <li>• Autopsia provisional</li> <li>• Autopsia final</li> </ul>
	5	Entrega a personal de Enfermería responsable de la vigilancia epidemiológica del servicio donde falleció el paciente.	
Personal de Enfermería / Jefe de Enfermeras	6	Recibe el certificado de defunción con diagnósticos de notificación semanal o de IAAS para revisar su notificación oportuna;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de defunción</li> <li>• Autopsia provisional</li> <li>• Autopsia final</li> <li>• Censo mensual de servicio</li> <li>• SUIVE</li> <li>• Caso de IAAS</li> </ul>
	7	¿Se notificó? No: Solicita notificación y regresa a la actividad 4.	
	8	Si: Realiza anotación de la fecha y semana epidemiológica en la que se notifico y entrega a personal administrativo certificado de defunción con diagnostico sujeto a vigilancia Epidemiologica.	
Personal Administrativo	9	Revisa en el registro nominal de la SUIVE su notificación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autopsia provisional</li> <li>• Autopsia final</li> </ul>

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 114 de 187	

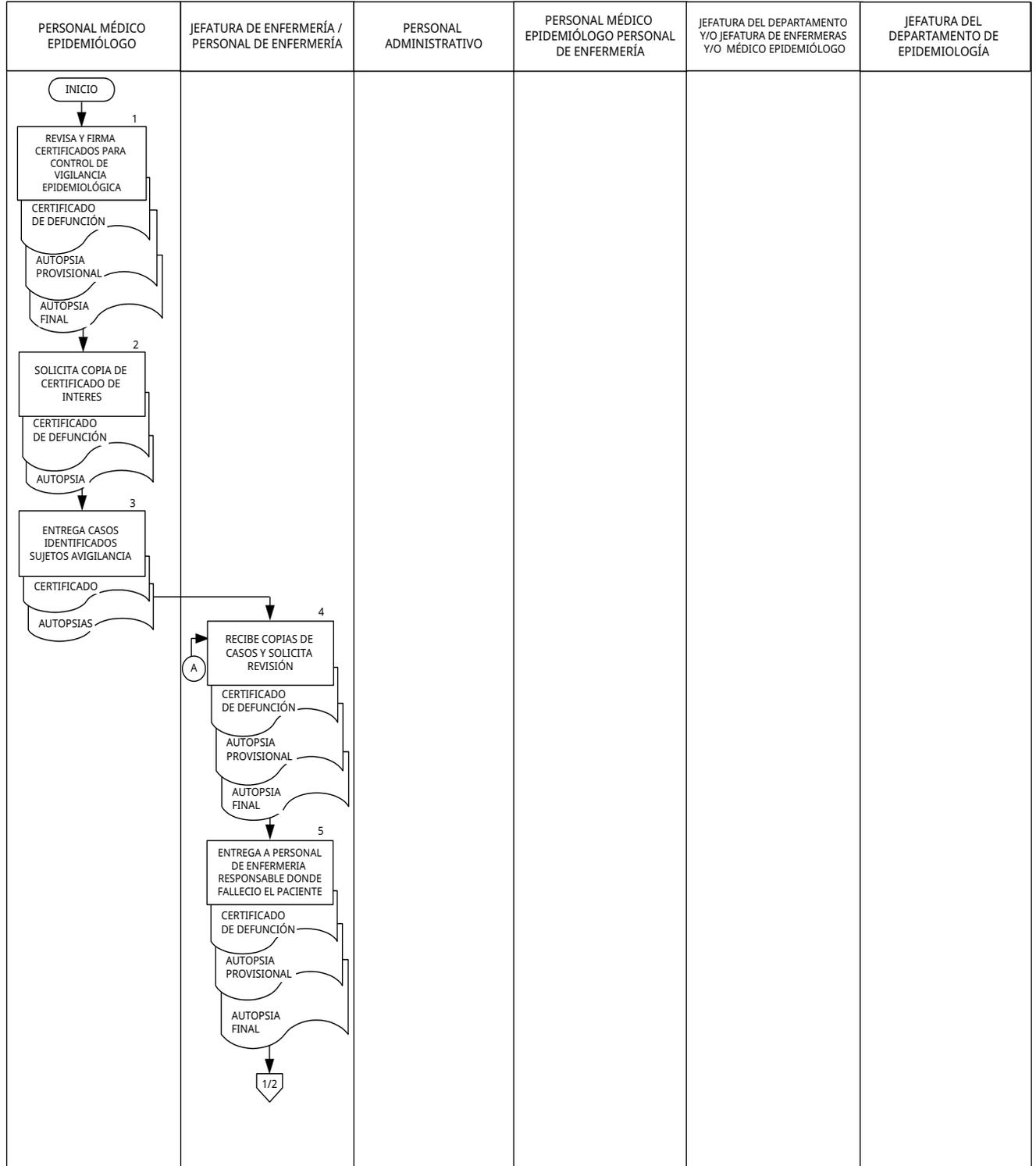
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Personal Administrativo	10	Anota la semana epidemiológica en que se notificó y extrae el Estudio Epidemiológico del caso del bibliorato correspondiente y lo fotocopia, entrega todas las copias a la Jefa de Enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro Nominal de casos.</li> <li>• Estudio Epidemiológico</li> <li>• Certificado defunción</li> </ul>
Jefatura de Enfermeras	11	Entrega a medico epidemiólogo copias de: Certificados, Autopsias y Estudios epidemiológicos para la ratificación del diagnóstico de defunción de los casos previamente notificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de defunción</li> <li>• Autopsia provisional</li> <li>• Autopsia final</li> </ul>
Jefatura de Enfermeras / Jefe Medico	12	Entrega al personal de Enfermería las copias de los Certificados y Autopsias de los casos no notificados para buscar estudios en seguimiento que estén pendientes de confirmación y notificación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autopsia final</li> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Autopsia final</li> <li>• Expediente clínico</li> </ul>
	13	Solicita expedientes de los pacientes que fallecieron sin haberse recabado la información epidemiológica necesaria.	
	14	Entrega el expediente, certificado, autopsia y estudio epidemiológico de seguimiento al Médico Epidemiólogo para ratificación o rectificación del diagnóstico de defunción sujeto a vigilancia epidemiológica.	
Personal Médico Epidemiólogo y Personal de Enfermería	15	Recaban resultados de laboratorio y estudios de gabinete pendientes, y verifican si se le practicó autopsia para la confirmación del diagnóstico, completan el Estudio Epidemiológico de Caso de Enfermedad sujeta a vigilancia, confirmando el diagnóstico o descartándolo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de laboratorio</li> <li>• Estudios de gabinete</li> <li>• Autopsia provisional</li> <li>• Autopsia final</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo	16	Ratifica o rectifica el diagnóstico de defunción sujeto a vigilancia epidemiológica y elabora, cuando se requiera, un resumen clínico epidemiológico para su ratificación o rectificación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de defunción</li> <li>• Estudio Epidemiológico de Caso</li> </ul>

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 115 de 187	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefatura del Departamento y/o Jefa de Enfermeras y/o médico Epidemiólogo	17	Cuando proceda realiza notificación inmediata por vía telefónica de la defunción por padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica al Centro de Salud T III "Dr. Atanasio Garza Ríos", anotando la fecha, hora y nombre de quien recibe la notificación; junto con el Médico Epidemiólogo y la Jefa de Enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico de Caso</li> </ul>
Personal Médico Epidemiólogo	18	Si detecta un diagnóstico de defunción sujeto a vigilancia epidemiológica por hallazgo de autopsia o de laboratorio, no registrado en el certificado de defunción, elabora Estudio Epidemiológico de Caso y resumen clínico epidemiológico para la rectificación de causas de defunción cuando proceda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de laboratorio</li> <li>• Estudios de gabinete</li> <li>• Autopsia provisional</li> <li>• Autopsia final</li> <li>• Estudio Epidemiológico de Caso</li> <li>• Resumen clínico</li> </ul>
	19	Realiza transcripción del Estudio epidemiológico o resumen clínico del caso.	
	20	Revisa la transcripción como responsable del estudio o resumen y lo firma.	
Jefatura del Departamento de Epidemiología	21	Revisa todos los casos y resúmenes antes de enviarlos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Epidemiológico de Caso</li> <li>• Resumen clínico</li> </ul>
Jefatura de Enfermeras	22	Incluye los Casos nuevos en la notificación semanal (SUIVE-1-2014).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato SUIVE-1-2014</li> </ul>
Personal administrativo	23	Elabora oficio para envío de ratificación o rectificación de casos al Centro de Salud, archiva rectificación de casos al Centro de Salud, archiva el acuse del oficio con la documentación de la defunción sujeta a vigilancia epidemiológica y captura el oficio de seguimiento en el registro correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Bibliorato</li> <li>• Registro de defunciones notificadas</li> </ul>
		<b>TERMINA</b>	

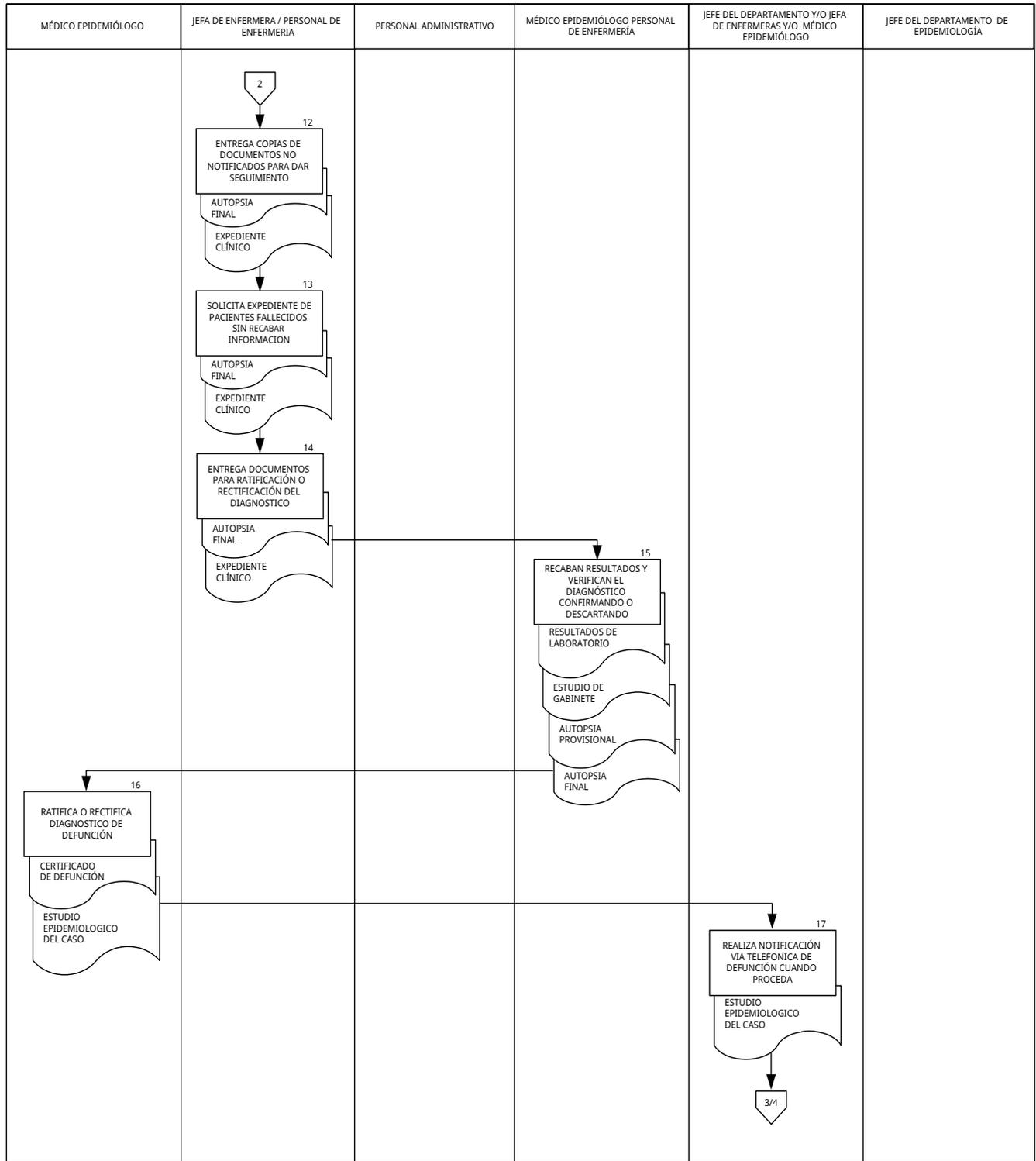
 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 116 de 187		

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

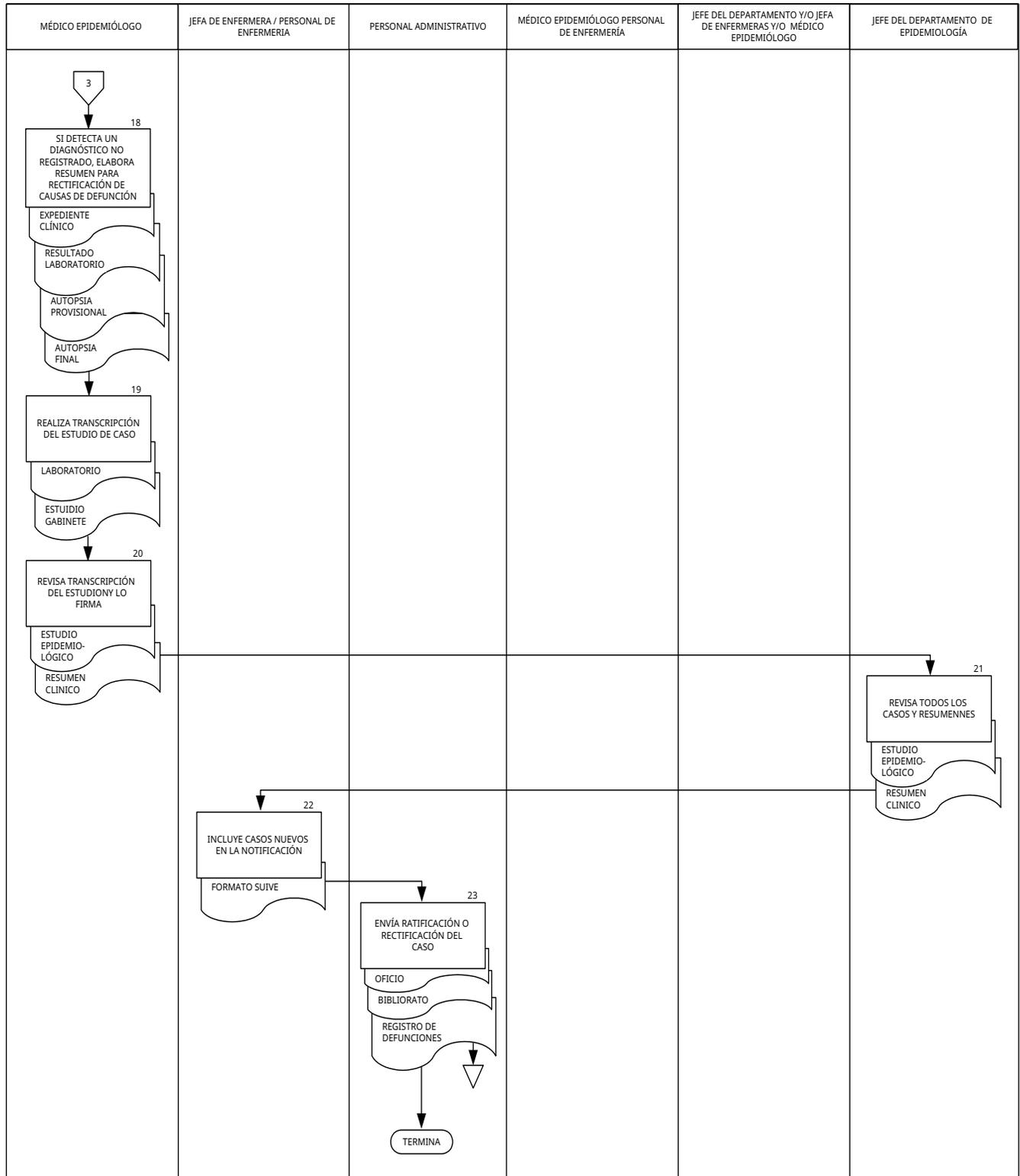




	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 118 de 187	



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 119 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 120 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones(SEED).	No Aplica
6.3 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología.	No Aplica
6.4 NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.	No Aplica
6.5 Manual de procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.7 Código de Ética y de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés. 30-VI-2021.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formatos de Estudio Epidemiológico de Caso	5 años	Departamento de Epidemiología	Folio/semana epidemiológica
7.2 Formato SUIVE-1-2014	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.3 Registro nominal de defunciones	5 año	Departamento de Epidemiología	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Defunción:** A la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo (suspensión de las funciones vitales con posterioridad al nacimiento sin posibilidad de resucitar). Esta excluye a las defunciones fetales.

**8.2 Morbilidad:** Tasa de morbilidad, a la que se tiene como numerador el número de enfermos en una población determinada durante un periodo y lugar específico y el denominador la población expuesta, en donde ocurrieron los casos de enfermedad en el mismo periodo y lugar. Expresa como una tasa, puede ser general o específica.

**8.3 Mortalidad:** Tasa de mortalidad, a la que tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo y lugar determinado, y el denominador representa la población expuesta, donde ocurrieron las defunciones. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

**8.4 SEED:** Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones.

**8.5 SUIVE:** Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>4. Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las defunciones</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 121 de 187	

**8.6 Vigilancia Epidemiológica:** Al estudio permanente y dinámico del estado de salud, así como de sus condicionantes, en una población específica.

#### 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

#### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formatos de Estudios Epidemiológicos. (Ver anexo del Procedimiento 1)

10.2 Certificados de Defunción.



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 123 de 187		

**5. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN POR AUTOCLAVES DE VAPOR Y ÓXIDO DE ETILENO**

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 124 de 187		

## 1. PROPÓSITO

1.1 Asegurar el adecuado procesamiento de las autoclaves de vapor y de óxido de etileno para la esterilización de instrumental, material y ropa del Hospital.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología y a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Coordina la vigilancia de la esterilización de autoclaves para esterilización de equipo en los Servicios.

2.2 A nivel externo: No Aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Epidemiología será responsable de entregar los indicadores biológicos.

3.2 El procedimiento será responsabilidad compartida entre el personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y el de la CEYE de los diferentes Servicios del Hospital.

3.3 El procedimiento de monitorización de las autoclaves se realizará dos veces por semana (los días lunes y jueves). La recomendación en el caso de fallo en el proceso de esterilización identificado por los indicadores será del Departamento de Epidemiología.

3.4 La vigilancia del mantenimiento preventivo y correctivo de las autoclaves será responsabilidad del Servicio con la autoclave.

3.5 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 125 de 187	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

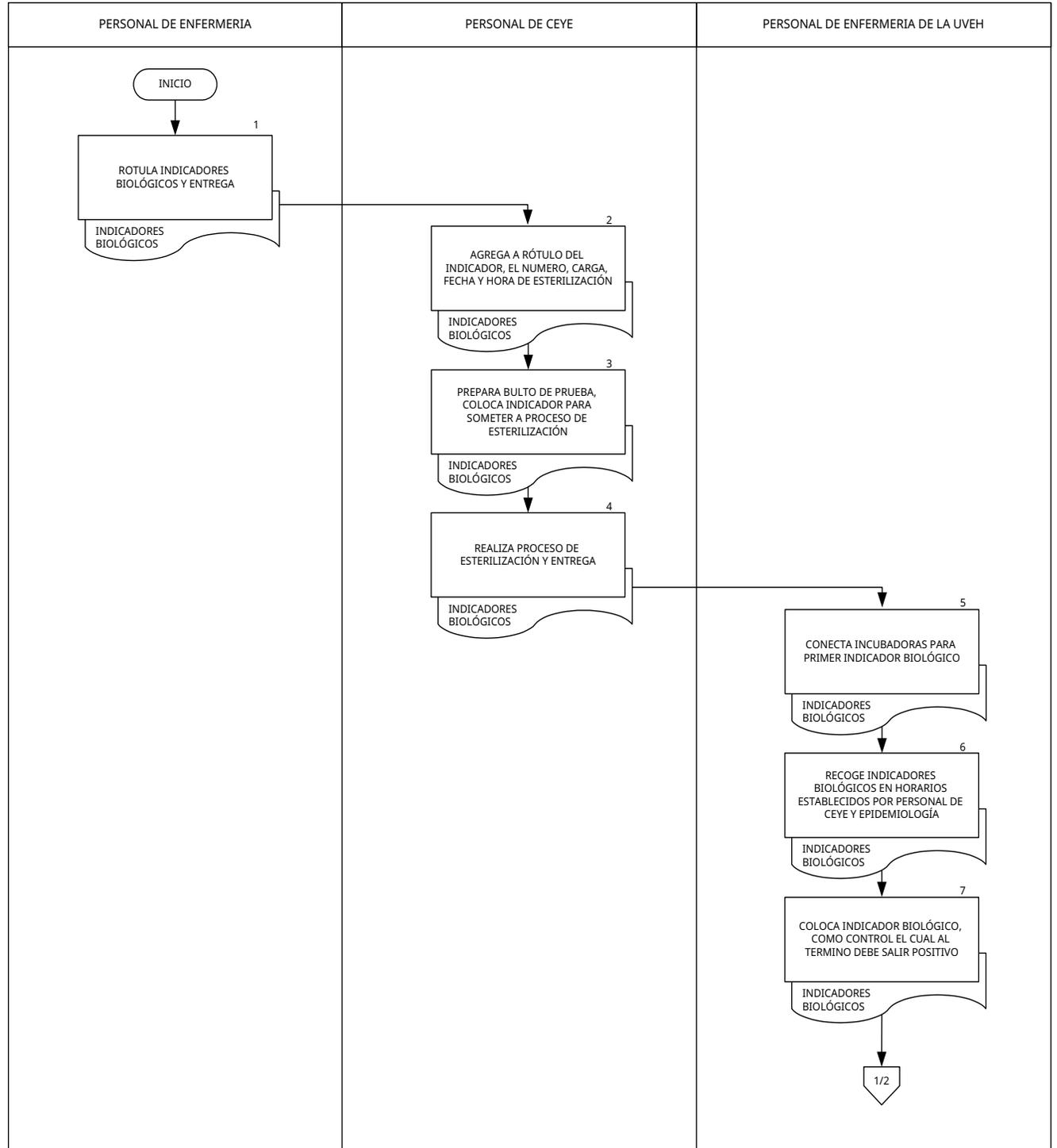
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Personal de Enfermería	1	Rotula los indicadores biológicos con el número de identificación de las autoclaves y los entrega a la CEyE los días(lunes y jueves).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores biológicos</li> </ul>
Personal de CEYE	2	Agrega el rótulo del indicador, el número de carga, fecha y hora de esterilización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores biológicos</li> </ul>
	3	Prepara el bulto de prueba y coloca el indicador en su interior, para someterlo al proceso de esterilización, ubicando el bulto en el sitio de mayor reto de las autoclaves.	
	4	Una vez realizado el proceso de esterilización, deja enfriar el bulto por 10 minutos, Extrae y cierra el indicador una vez realizado el proceso de esterilización, lo entrega a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en el sobre.	
Personal de Enfermería de la UVEH	5	Conecta las incubadoras de vapor y gas a las 7 a.m. colocando el indicador testigo par verificando el funcionamiento correcto de la incubadora en cuanto llegue el primer indicador biológico procesado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores biológicos</li> <li>Bitácora</li> </ul>
	6	Recoge los indicadores biológicos los días lunes y jueves de cada semana de acuerdo a los horarios acordados por el personal de CEYE y Epidemiología.	
	7	Coloca un indicador biológico como CONTROL, el cual al terminar el período de incubación (3 horas para vapor y 4 horas para gas) debe salir positivo.	
	8	Revisa que los indicadores biológicos procesados estén cerrados.	
	9	Rompe la cápsula del indicador, verificando el humedecimiento reactivo interno.	

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 126 de 187	

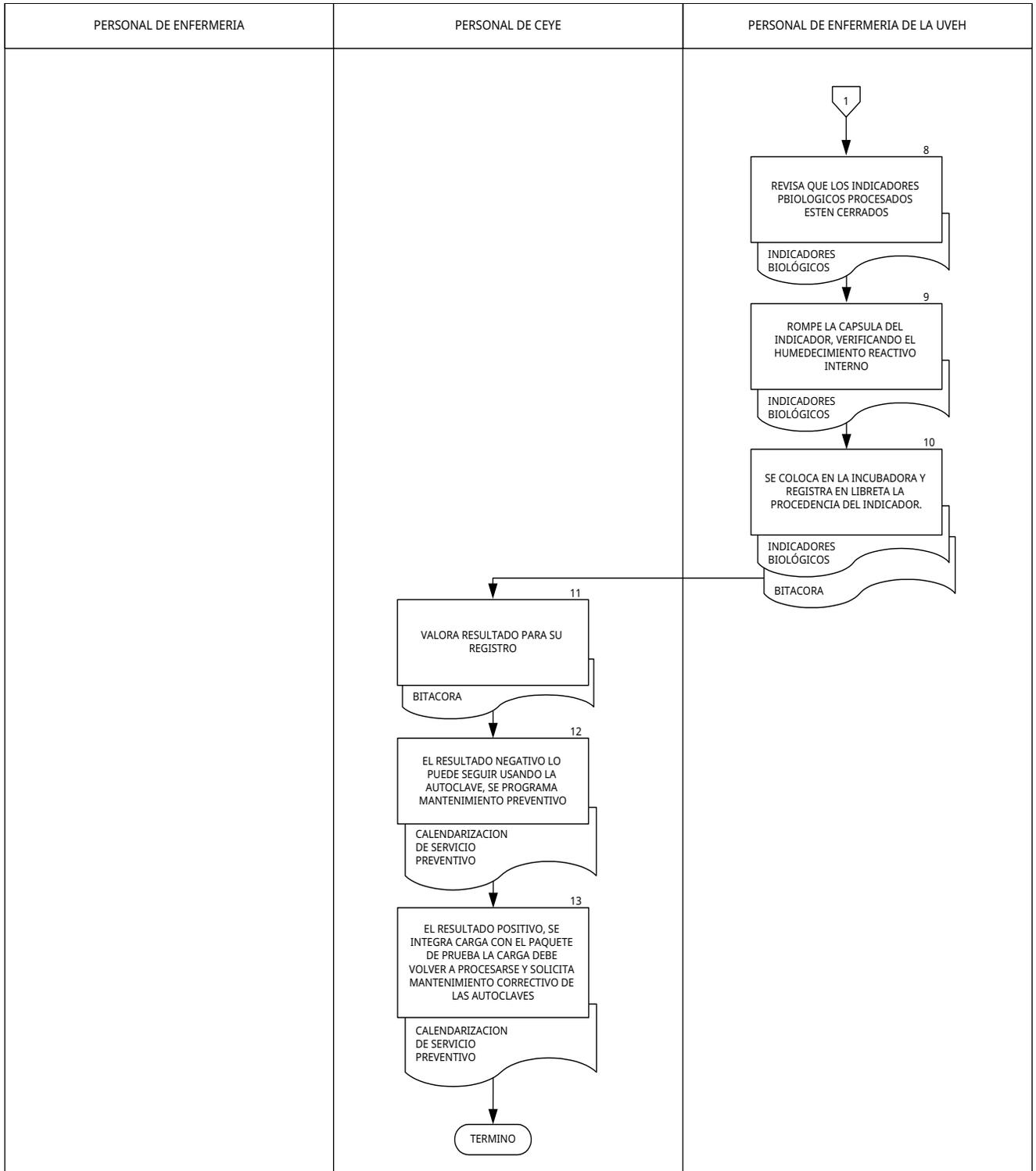
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Personal de Enfermería de la UVEH	10	<p>Se coloca en la incubadora, registra en la libreta de indicadores (bitácora) la procedencia del indicador, la hora de inicio y término del periodo de incubación; y nombre de la enfermera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Al término del periodo de incubación da lectura del resultado, el cual anota en la Bitácora en el rubro correspondiente e informa del resultado de los indicadores al personal de CEyE, anota en la bitácora, fecha, hora y nombre de quien recibe el resultado.</li> </ul>	
Personal de CEYE	11	Valora el resultado para su registro en bitácora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bitácora.</li> <li>Calendarización de Servicio Preventivo</li> </ul>
	12	El resultado es negativo se puede seguir usando la autoclave, independientemente del uso de indicadores y sus resultados, cada CEYE debe tener un programa de mantenimiento preventivo de las autoclaves, informa y regresa a la actividad 10.	
	13	Si el resultado es positivo, se integra carga con el paquete de prueba, la carga debe volver a procesarse, así como todos los bultos procesados desde el último control y solicita el mantenimiento correctivo de las autoclaves.	
		<b>TERMINA</b>	

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno</b>			
<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	Diciembre 2024	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 127 de 187	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno</b>			
Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	Diciembre 2024	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 128 de 187		



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 129 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	.No Aplica
6.2 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología.	No Aplica
6.3 NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	No Aplica
6.4 Estándares para la certificación de establecimientos de atención médica.	No Aplica
6.5 Manual de procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.6 Manual de Técnicas de Limpieza y Desinfección Hospitalaria.	No Aplica
6.7 Código de Ética de la Administración Públicas Federal.	No Aplica
6.8 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Bitácora de control de indicadores.	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Autoclave:** Aparato para la esterilización por medio de vapor a presión alta.

**8.2 CEYE:** Central de Equipo y Esterilización.

**8.3 Desinfección:** Destrucción o eliminación de todos los microorganismos vegetativos, pero no de sus formas esporuladas de bacterias y hongos de cualquier objeto inanimado.

**8.4 Desindección de alto nivel:** A los procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de todos los microorganismos, incluyendo formas vegetativas, virus y esporas sicóticos, en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital.

**8.5 Esterilización:** A la destrucción o eliminación de cualquier forma de vida; se puede lograr a través de procesos químicos o físicos. La esterilización se puede lograr mediante calor, gases (óxido de etileno, ozono, dióxido de cloro, gas plasma de peróxido de hidrógeno o la fase de vapor del peróxido de hidrógeno), químicos (glutaraldehído y ácido paracético), irradiación ultravioleta, ionizante, microondas y filtración.

**8.6 Indicador Biológico:** Es un dispositivo para monitorear el proceso de esterilización que consiste en una población viable y estandarizada de esporas de microorganismos que se sabe son resistentes al proceso de esterilización que está siendo monitoreado. Intentan demostrar si las condiciones de la cámara de esterilización fueron adecuadas para alcanzar la esterilización. Un indicador biológico

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 130 de 187	

negativo no prueba que todos los artículos de la carga son estériles o que se expusieron a las condiciones adecuadas de esterilización. Se debe utilizar un indicador biológico en un paquete de prueba en cada carga. Si se esterilizan implantes, estos se deben retener hasta obtener los resultados del indicador biológico.

**8.7 Paquete de prueba (o bulto de prueba):** Consisten de 16 campos quirúrgicos recientes y en buen estado, cada uno debe medir 41 cm x 66 cm. Cada campo se dobla en tres y luego a la mitad. Después de doblarlos, los campos se colocan uno sobre otro, con los dobleces opuestos, hasta formar un paquete de aproximadamente 23 cm x 23 cm x 15 cm. Entre los campos séptimo y octavo se debe colocar el indicador biológico, aproximadamente en el centro geométrico del paquete. Si además se utilizan indicadores químicos, estos deben colocarse junto al indicador biológico. El paquete se asegura utilizando cinta de tal forma que conserve los 15 cm de altura. El paquete debe pesar aproximadamente 3 libras y una densidad aproximada de 11.3 libras/pie cúbico.

**8.8 UVEH:** Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, es la instancia operativa a nivel local responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de registros para indicadores biológicos.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>5. Procedimiento para la vigilancia de la esterilización por autoclaves de vapor y óxido de etileno</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 131 de 187	

### 10.1 Formato de registros para indicadores biológicos



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"  
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA



HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

**REPORTE Y LECTURA DE INDICADORES**

#### AUTOLECTORES DE VAPOR

No. Lector	Fecha	Servicio	Lote del Indicador	Hora de entrada	Hora de salida	Resultado	Nombre de quien reporta
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

#### AUTOLECTORES DE "GAS"

1							
2							
3							

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 132 de 187	

## 6. PROCEDIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 133 de 187	

## 1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar y supervisar la aplicación del programa de Vacunación Universal a través de la Protección de los Menores de cinco años con su esquema básico de Vacunación, a fin de prevenir enfermedades, prevenibles por vacunación en población expuesta o de alto riesgo, incluyendo a los trabajadores de salud.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología y la Unidad de Medicina Preventiva, supervisan y coordinan el proceso para la vacunación requerida en los diferentes grupos etarios.

2.2 A nivel externo: Este programa fortalece el Programa Nacional de Vacunación y se coordina con el Centro de Salud y con la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La operación del programa se realizará conforme a las normas emanadas por el Consejo Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.

3.2 Es responsabilidad del Departamento de Epidemiología vigilar que la operación del Programa de Vacunación se realice conforme a las normas emanadas por el Consejo Nacional de Vacunación de la Secretaría de Salud.

3.3 El Departamento de Epidemiología realizará las gestiones necesarias para la operación del Programa de Vacunación.

3.4 Es responsabilidad de la Jefatura del Departamento de Epidemiología coordinar las actividades de vacunación con los Servicios de Ginecología y Obstetricia y Pediatría, coordinar las campañas de vacunación al personal del Hospital General de México, a pacientes diabéticos y Semana de Salud para la Gente Grande con vacunas de influenza y neumococo.

3.5 El Departamento de Epidemiología será el responsable de la operación del Programa, a través de la Unidad de Medicina Preventiva.

3.6 La Jefatura de Enfermería será responsable de asignar al personal vacunador en número suficiente y con la capacitación adecuada para realizar las actividades pertinentes.

3.7 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 134 de 187	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva.	1	Revisa diariamente la gráfica de temperatura del refrigerador de biológicos, anota en la libreta y en gráfica de registro y control de temperatura la hora y fecha.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta.</li> <li>• Gráfica.</li> <li>• Formato</li> </ul>
	2	Realiza la limpieza y lubricación de empaques del refrigerador y registra en el formato las actividades semanales y mensuales del descongelamiento, limpieza interior y exterior del refrigerador.	
Jefatura Médico y Jefatura de Enfermería	3	Revisa la guía de acciones a tomar en caso de contingencia en la red de frío durante los 365 días del año en todos los turnos y verifica contingencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía</li> <li>• Bitácora</li> </ul>
	4	¿Procede la contingencia? No: No existe procedimiento de contingencia y termina el procedimiento.	
	5	Si: Identifica las condiciones de registro en la red de frío registra el incidente en la bitácora de control de red de frío. Anota fecha, hora y duración de la contingencia así como las temperaturas registradas.	
Jefatura de Enfermería	6	Identifica y valora el requerimiento de traslado de Vacuna.  ¿Se requiere el traslado de vacunas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curva de red de frío</li> <li>• Bitácora</li> </ul>
	7	No: No es necesario el traslado de vacunas y termina el procedimiento.	
	8	Si: La enfermera realiza el traslado de la vacuna a un refrigerador alternativo, solicita apoyo a nivel jurisdiccional, donde se conserva la vacuna en forma temporal.	

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 135 de 187	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva.	9	Cambia semanalmente la gráfica de temperatura del refrigerador y registra en libreta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta</li> <li>• Papel graficador</li> <li>• Formato de red de frio</li> <li>• Censo nominal</li> <li>• Bitácora</li> <li>• Cartilla de vacunación</li> </ul>
	10	Diariamente pone los congelantes 45 minutos al ambiente para alcanzar la temperatura de 4° C.	
	11	Prepara termo(os) con paquetes refrigerantes formando un cubo: colocando un refrigerante en la parte inferior, cuatro laterales y uno en la parte superior, colocando el vástago para el control de temperatura.	
	12	Coloca la vacuna en vasos contenedores usando 2 vasos contenedores en el centro de los termos, uno para la vacuna que está utilizando y en el otro Coloca frascos cerrados.	
	13	Prepara el material a utilizar jeringas estériles de plástico, almohadillas alcoholadas, campo de papel estraza, jabón y toallas desechables, contenedor rígido de plástico para R.P.B.I Bolsas rojas y transparente, lápiz y bolígrafo.	
	14	Registra los datos del paciente en censo nominal y bitácora correspondiente (anota nombre, edad, sexo, domicilio, vacuna y dosis que se aplica).	
	15	Verifica leyenda del envase, el nombre de la vacuna que se va aplicar, la presentación y la Fecha de caducidad. Observa el aspecto, consistencia y color del contenido del envase de la vacuna.	
	16	Limpia el tapón de hule con la almohadilla alcoholada, con la jeringa y agua correspondiente extrae del frasco la cantidad de vacuna que corresponda y con la jeringa ya cargada realiza el cambio de agua que vienen en el mismo empaque y aplica los biológicos (vía y dosis de acuerdo a la vacuna).	

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 136 de 187	

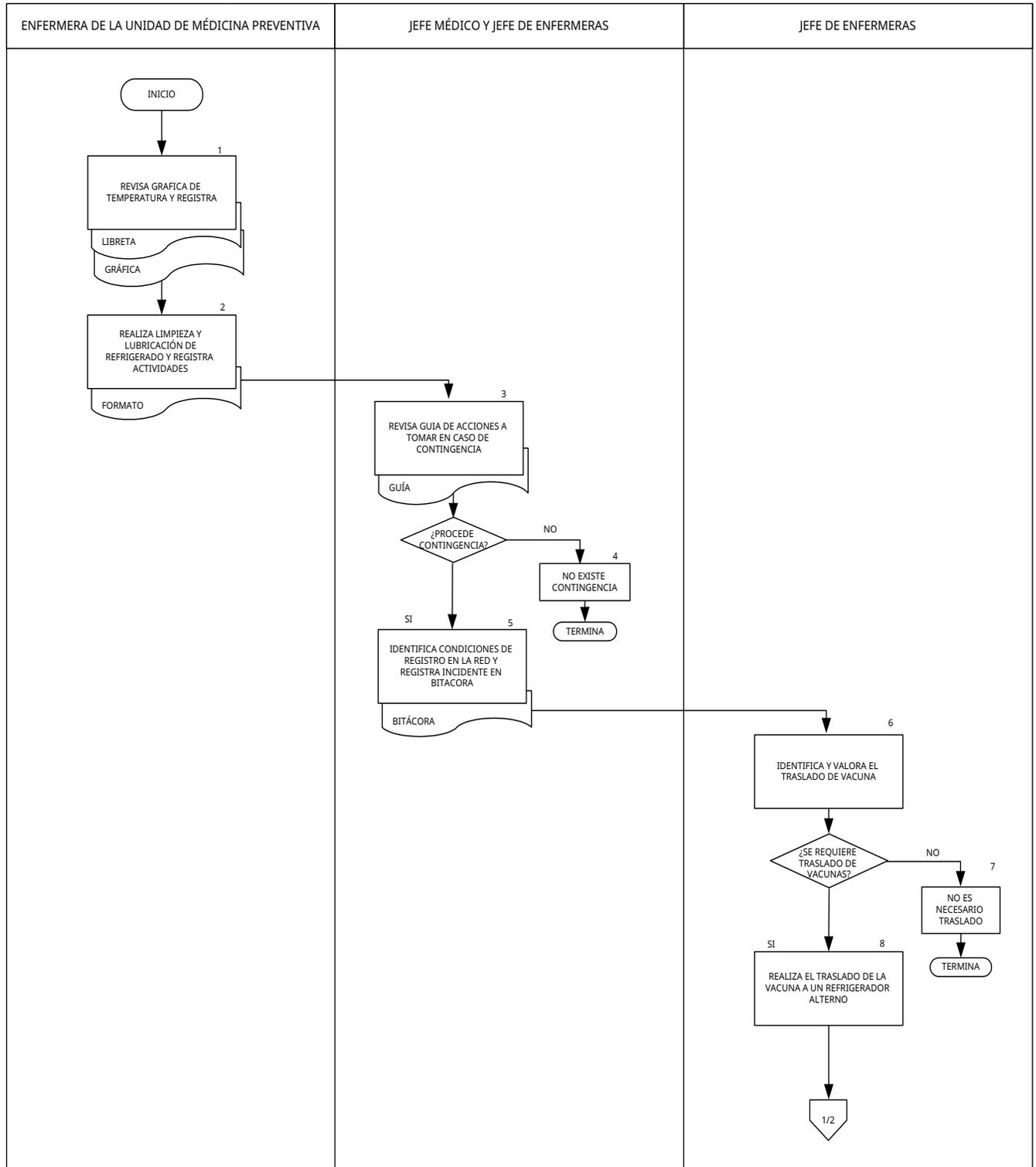
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefatura de Enfermería	17	Supervisa el procedimiento de vacunación, manejo de la red de frío y Cartilla Nacional de Vacunación correspondiente al grupo etario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartilla de vacunación</li> <li>• Curva de red de frío</li> </ul>
Personal de Enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva.	18	Registra en censo nominal y bitácora la vacuna aplicada y entrega Cartilla Nacional o comprobante de Vacunación con registro correspondiente del biológico aplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Censo nominal</li> <li>• Bitácora</li> <li>• Cartilla de vacunación</li> <li>• Comprobante de vacunación</li> <li>• Kardex de biológico</li> <li>• Formato SIS</li> </ul>
	19	Brinda orientación de cuidados y reacciones secundarias.	
	20	Anota en formatos correspondientes entradas y salidas de biológicos (movimientos de biológicos que son usados en cada jornada diaria).	
	21	Elabora informe de vacunas aplicadas por grupo etario de forma mensual.	
Jefatura de Enfermería	22	Supervisa informe de vacunas y elabora kardex electrónico para la validación de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio.</li> <li>• Formatos.</li> <li>• Kardex de biológico</li> <li>• SIS</li> </ul>
	23	Entrega informe de vacunas a Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud del DF.	
	24	Verifica en los formatos de entrada y salidas de biológicos la existencia de vacunas.  ¿Se requieren vacunas?	
	25	No: Existen vacunas y termina el procedimiento.	
	26	Si: Elabora formato de solicitud de vacunas a la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud del D.F.	
	27	Solicita transporte al Departamento de Servicios Generales.	

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 137 de 187	

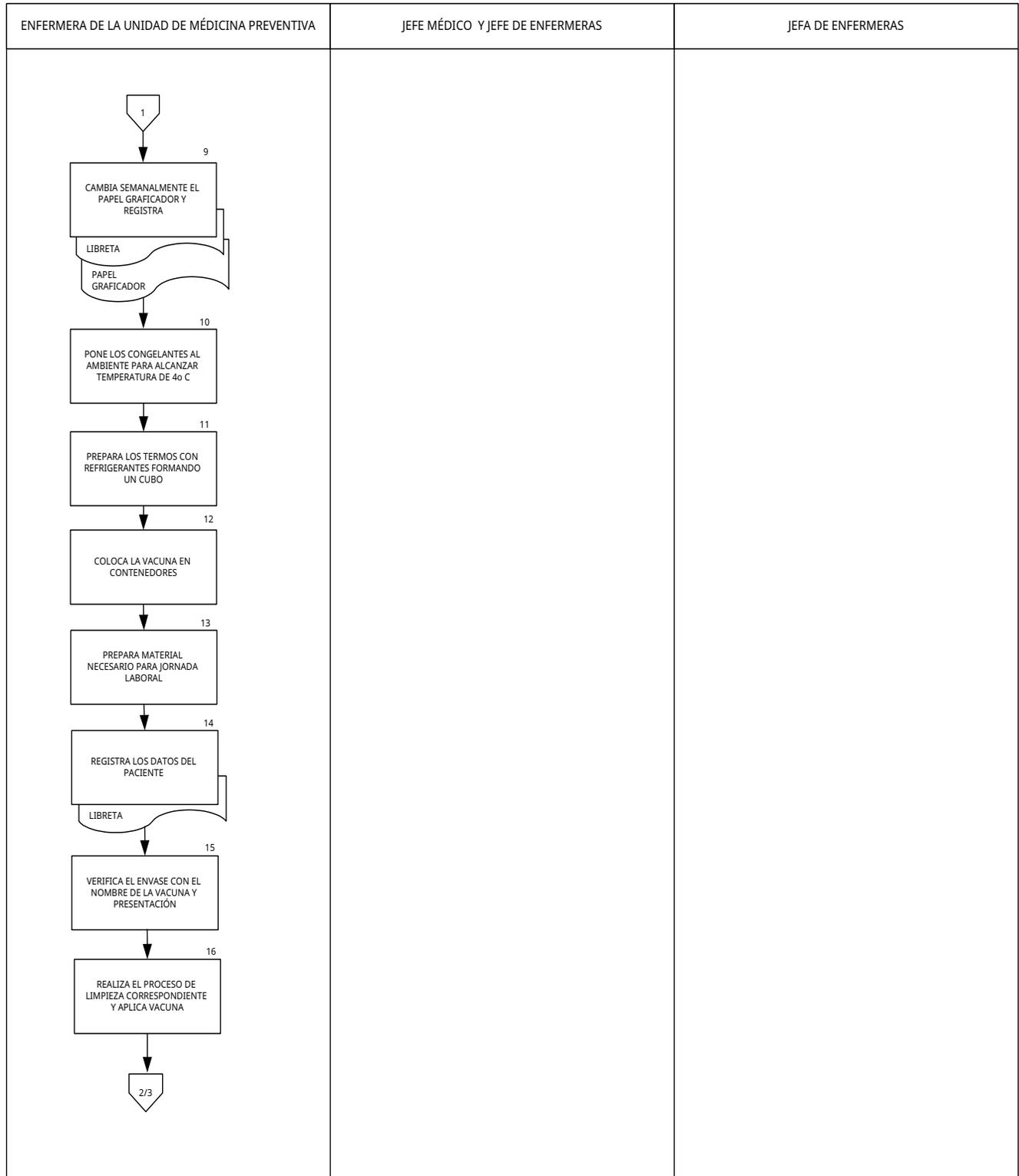
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva.	28	Prepara termos para recoger a nivel Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud de la CDMX por vacunas y entrega acuse de oficio y formatos de solicitud de biológicos.  <b>TERMINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Formatos de solicitud de biológicos</li> </ul>

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 138 de 187		

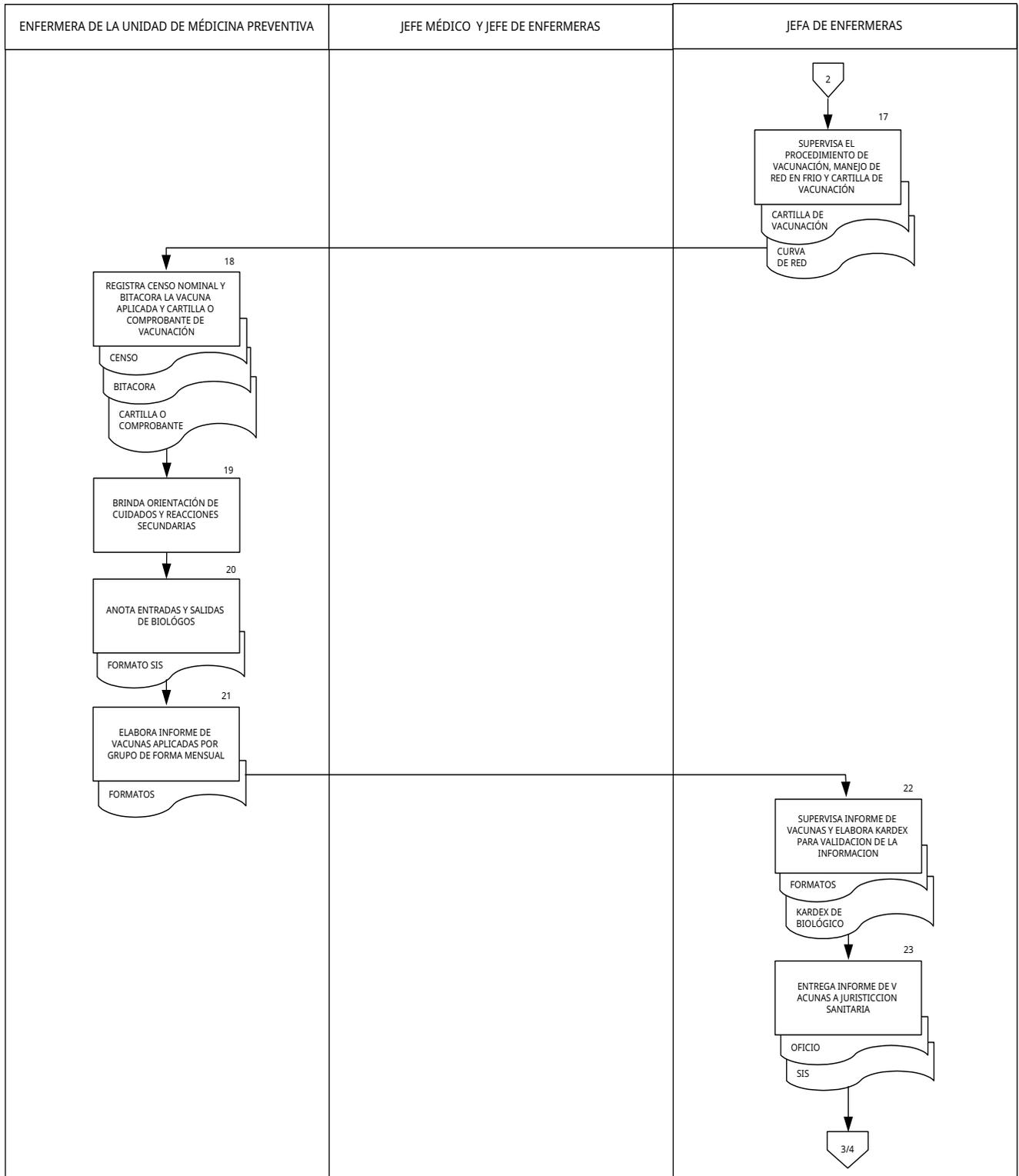
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



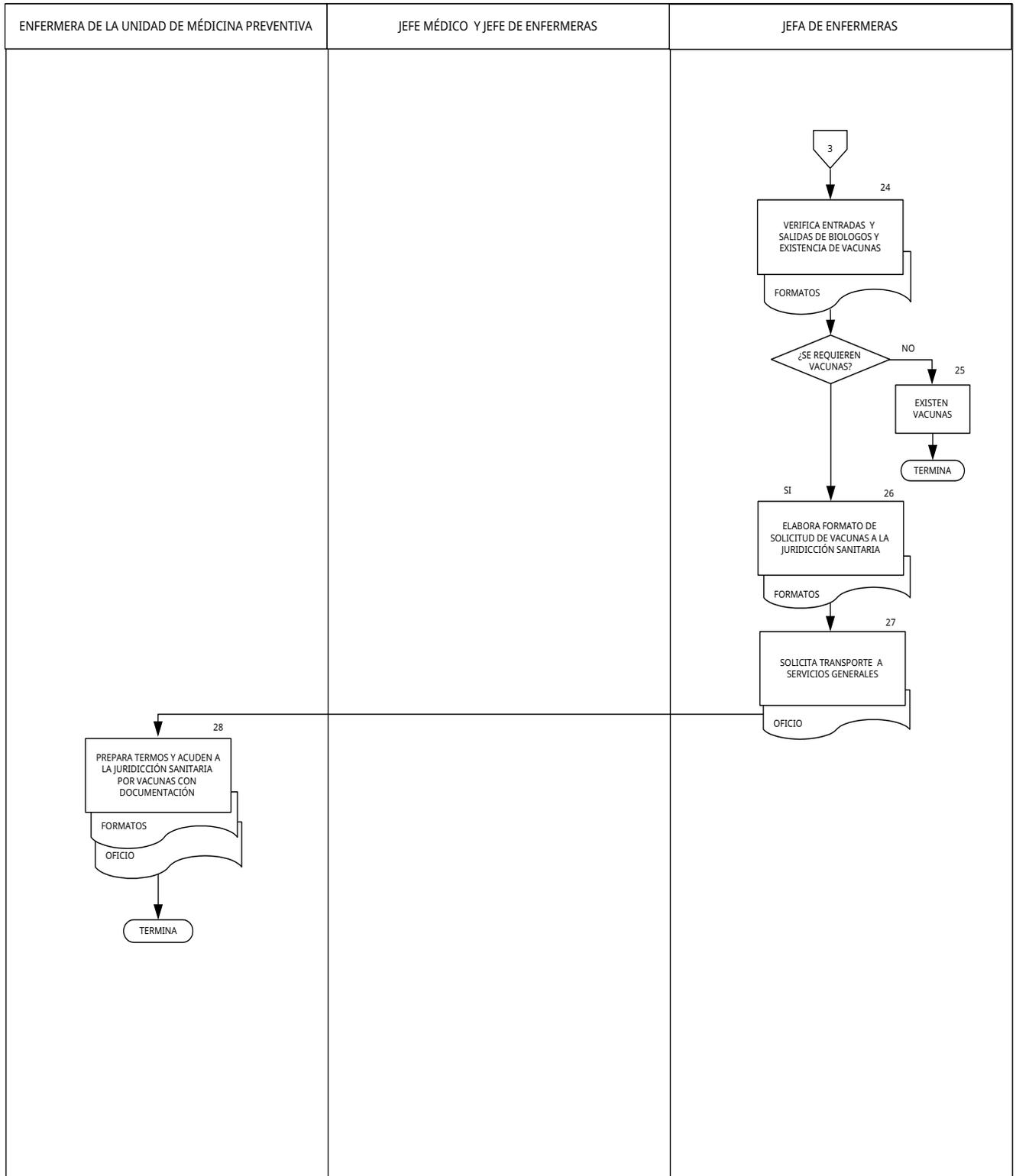
 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 139 de 187		



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 140 de 187		



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 141 de 187		



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 142 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 NOM-036-SSA2-2012 Prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunación, toxoides, faboterápicos (suero) e inmunoglobulinas en el humano.	No Aplica
6.2 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología autorizado 28-III-2022.	No Aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No Aplica
6.4 Manual de vacunación.	No Aplica
6.5 Manual de contingencia en la red de frío.	No Aplica
6.6 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.7 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.8 Manual de Técnicas de Limpieza y Desinfección Hospitalaria	No Aplica
6.9 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.10 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Libretas de registro	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.2 Cartillas de vacunación	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.3 Informes	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Biológico:** Cualquier preparación hecha de organismos vivos o de sus productos utilizados como agente Diagnóstico, Preventivo o Terapéutico (antígeno, antitoxina, suero y vacuna). **Cartilla Nacional de Salud:** Documento gratuito, único e individual, oficialmente valido para toda la República Mexicana en donde se lleva el registro y control de las dosis de vacunas de fabricación aplicadas en las diferentes etapas de la vida.

**8.2 Censo Nominal:** Fuente primaria del sistema de información de las actividades de vacunación universal donde se registran nombre, edad, domicilio, esquema de vacunación y otras acciones que realizan las instituciones del Sistema Nacional de Salud en beneficio de la población menor de ocho años de edad.

**8.3 Red de frío: Sistema logístico que comprende:** personal, equipo y procedimientos para almacenar, transportar y mantener la vacuna a la temperatura normada, desde el lugar de fabricación hasta el momento de aplicación.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 143 de 187	

**8.4 Vacuna:** Suspensión de Microorganismos atenuados o muertos administrados por vía intradérmica, intramuscular, oral o subcutánea para inducir inmunidad activa frente a enfermedades infecciosas.

**8.5 Vacuna Influenza:** Da inmunidad contra la enfermedad causada por los virus de influenza. Contienen cepas virales (que cambian según la prevalencia anual) representando subtipos de virus de influenza AH1N1, H3N2 e influenza tipo B recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

**8.6 Vacuna Neumococo:** Da inmunidad activa contra infección por *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo) el cual produce dos tipos de infecciones: invasoras y no invasoras. Entre las infecciones invasoras se encuentran Sepsis, Bacteriemia, Meningitis y las neumonías bacteriémicas. Las invasoras incluyen a la otitis media aguda (OMA), la neumonía no bacteriémica, sinusitis y las exacerbaciones de bronquitis crónica.

**8.7 Vacuna toxoidediftérico (TD):** Da inmunidad activa contra difteria y tétanos, que es una enfermedad infecciosa aguda producida por una exotoxina del bacilo tetánico que prolifera en medios anaeróbicos como son las heridas.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Tarjeta descriptiva para Biológico.
- 10.2 Cartilla de Vacunación del Niño y Adolescente
- 10.3 Cartilla del Hombre y la Mujer
- 10.4 Cartilla del Adulto Mayor.
- 10.5 Formato kardex de validación electrónica
- 10.6 Formato SIS
- 10.7 Bitácora de registro para biológico aplicado
- 10.8 Formatos kardex de biológico aplicado
- 10.9 Comprobante de vacunación
- 10.10 Formato Graficador de temperatura
- 10.11 Formato de Grafica de registro de temperatura unidad refrigerante.

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 144 de 187	

**10.1 Tarjeta descriptiva para Biológico.**

	
TARJETA DESCRIPTIVA	
TIPO DE BIOLÓGICO	
LOTE No	
DOSIS	
FECHA CADUCIDAD	
FECHA DE INGRESO	

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 145 de 187		

## 10.2 Cartilla de Vacunación del Niño y Adolescente

  
 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

  
**CARTILLA NACIONAL DE SALUD**

NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS  
 CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR (DPT + VPI + Hib)	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR <i>H. influenzae</i> B	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		REFUERZO	12 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	2 MESES	
		REFUERZO	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPION, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPION Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

  
 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

  
**CARTILLA NACIONAL DE SALUD**

ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
HEPATITIS B <small>(Las que no se han vacunado)</small>	HEPATITIS B	PRIMERA	A PARTIR DE LOS 10 AÑOS	
		SEGUNDA	4 SEMANAS POSTERIORES A LA PRIMERA	
Td	TETANOS Y DIFTERIA	CON ESQUEMA COMPLETO	REFUERZO 11 AÑOS DE EDAD	
		PRIMERA	DOSIS INICIAL	
		CON ESQUEMA INCOMPLETO O NO DOCUMENTADO	1 MES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS	
		TERCERA	12 MESES POSTERIORES A LA PRIMERA DOSIS	
Tdpa	TETANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA	ÚNICA	A PARTIR DE LA SEMANA 10 DEL EMBARAZO	
INFLUENZA ESTACIONAL	INFLUENZA	ÚNICA	CUALQUIER TRIMESTRE DEL EMBARAZO	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
SR <small>(Las que no han sido vacunadas o tienen esquema incompleto)</small>	SARAMPION Y RUBÉOLA	SIN ANTECEDENTE VACUNAL	PRIMERA	EN EL PRIMER CONTACTO
		CON ESQUEMA INCOMPLETO	SEGUNDA	4 SEMANAS DESPUÉS DE LA PRIMERA
VPH	INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER CERVICOUTERINO	PRIMERA	MUJERES EN EL 1º GRADO DE PRIMARIA Y DE 11 AÑOS DE EDAD NO ESCOLARIZADAS	
		SEGUNDA	9 MESES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS	
		TERCERA	80 MESES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS	
OTRAS VACUNAS				

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 146 de 187	

### 10.3 Cartilla del Hombre y la Mujer

### 10.4 Cartilla del Adulto Mayor.

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 147 de 187	

### 10.5 Formato kardex de validación electrónica

													SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL ALMACÉN JURISDICCIONAL DE VACUNAS JURISDICCIÓN SANITARIA:															
CARDEx ELECTRÓNICO PARA EL CONTROL DE LOS PRODUCTOS BIOLÓGICOS																												
UNIDAD DE SALUD:				HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DR EDUARDO LICEAGA																								
DOMICILIO				DR BALMIS No. 148 COL. DOCTORES									MES:			JUNIO 2020												
TIPO DE BIOLÓGICO:				<b>BCG</b>																								
INGRESOS								SALIDAS			DOSIS EN ACCIDENTE DE LA RED DE FRIO	EXISTENCIA ACTUAL	OBSERVACIONES															
EXISTENCIA ANTERIOR	FECHA DE RECEPCION	PROCEDENCIA	No. DE FOLIO	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE CADUCIDAD	FRASCOS RECIBIDOS	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS	DOSIS DE DESPERDICIO																			
<b>TOTAL</b>																												

TIPO DE BIOLÓGICO:				<b>HEPATITIS B PEDIATRICA</b>															
INGRESOS								SALIDAS			DOSIS EN ACCIDENTE DE LA RED DE FRIO	EXISTENCIA ACTUAL	OBSERVACIONES						
EXISTENCIA ANTERIOR	FECHA DE RECEPCION	PROCEDENCIA	No. DE FOLIO	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE CADUCIDAD	FRASCOS RECIBIDOS	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS	DOSIS DE DESPERDICIO										
<b>TOTAL</b>																			
RESPONSABLE:				ELABORO: JEFE DE ENFERMERAS. MCSP:LOPEZ MARTINEZ MAYRA									ENTREGO:						
DRA. PAOLA OLMOS ROJAS																			

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 148 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA

### 10.6 Formato SIS

**SALUD** Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H Sección III  
Hoja 8 de 8

Nombre de la unidad: HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA CLUR: DPHSA02973 Servicio: MEDICINA PREVENIVA

Nombre del responsable: DR. OLGA MARTHA RODRIGUEZ PINERO Mes estado: ABRIL Del 01 de ABRIL al 30 de MAYO Año: 2020

		Clave	Variable	Total			Clave	Variable	Total		
Aplicación de biológicos	119 BCG	BO01	Roción nacido (hasta 28 días)				130 Sabin	VAC33	Refuerzo 6 a 11 meses		
		BO50	29 días a 11 meses					VAC34	Refuerzo 1 a 2 años		
		BO03	1 a 4 años					VAC35	Refuerzo 3 a 4 años		
	120 Pentavalente Actualizar DT'a1 + V1'1 + Hb	VAC01	Primera 2 a 11 meses				131 Varicela	VAC36	Primera 1 a 3 años		
		VAC02	Segunda 4 a 11 meses					VAC37	Segunda 4 a 6 años		
		VAC03	Tercera 6 a 11 meses					VAC38	Población en riesgo		
		VAC04	Cuarta 16 a 23 meses					Primeras	VAC39	10 a 19 años	
		VAC05	Para completar esquema 1 a 4 años						VAC40	20 y más años	
		VAC06	Primera roción nacido (0 a 7 días)	49					Segunda	VAC47	10 a 19 años
	VAC07	Primera 2 a 11 meses		VAC48	20 y más años						
	121 Hepatitis B	VAC08	Segunda 2 a 11 meses				Refuerzo	VAC55	10 a 19 años		
		VAC09	Tercera 6 a 11 meses	2				VAC56	20 y más años		
		VAC10	Para completar esquema 1 a 4 años					Mujeres No embarazadas	VAC41	15 a 39 años	
		VAC04	Población en riesgo	251					VAC42	40 a 59 años	
	122 Hepatitis A	VAC11	1 a 10 años				Mujeres No embarazadas	VAC43	60 y más años		
		BO88	Población en riesgo					VAC44	15 a 39 años		
	123 DTP	VAC12	4 años				Hombres	VAC45	40 a 59 años		
		VAC13	5 a 6 años					VAC46	60 y más años		
	124 Rotavirus RV5	VAC14	Primera 2 a 7 meses				Segunda	VAC49	15 a 39 años		
		VAC15	Segunda 4 a 7 meses					VAC50	40 a 59 años		
		VAC16	Tercera 6 a 7 meses					VAC51	60 y más años		
	274 Rotavirus RV1	VAC65	Primera 2 a 7 meses				Hombres	VAC52	15 a 39 años		
		VAC66	Segunda 4 a 7 meses	1				VAC53	40 a 59 años		
	125 Neumococo conjugado	VAC17	Primera 2 a 11 meses	1			Refuerzo	VAC54	60 y más años		
		VAC18	Segunda 4 a 11 meses					VAC57	15 a 39 años		
		VAC19	Tercera 12 a 23 meses					VAC58	40 a 59 años		
	126 Neumococo polisacárido (23 serotipos)	VAC20	Para completar esquema 12 a 23 meses				Mujeres No embarazadas	VAC59	60 y más años		
		VAC21	65 años					VAC60	15 a 39 años		
	127 S.H.I* Triple viral	VAC22	Población en riesgo				Hombres	VAC61	40 a 59 años		
		VAC23	Primera 1 año					VAC62	60 y más años		
		VAC24	Refuerzo 6 años					VAC63	A partir de la semana 20 de gestación	3	
	128 S.H. Doble viral	VAC25	Para completar esquemas 2 a 9 años				134 Inhibida	BO48	Todas las edades		
		VAC26	1 a 4 años					VAC67	Primera 2 a 11 meses		
VAC27		10 a 19 años		VAC68				Segunda 4 a 11 meses			
VAC28		20 a 29 años		VAC69				Tercera 6 a 11 meses			
VAC29		30 y más años		VAC70				Cuarta 16 a 23 meses			
129 VIH Mujeres	VAC30	Primera dosis mujeres de todo grado de primarías y 11 años no vacunadas				275 Hexavalente	VAC71	Para completar esquema 1 a 4 años			
	VAC31	Segunda dosis mujeres de todo grado de primarías y 11 años no vacunadas									
	VAC32	Tercera mujeres de 14 y más años									

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 149 de 187	



**Informe de Registro de Aplicación de biológico, Anti Influenza Estacional SIS-SS-IE**  
(Para ser llenado en los meses de octubre a marzo de cada año)

Nombre de la unidad: \_\_\_\_\_ CLUES: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Nombre de quien otorga la consulta: \_\_\_\_\_ Mec: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 SIS-2020

	Clave	Variable	Registro		Total
Población blanco	Primera dosis	DE01	5 a 11 meses		
		DE02	12 a 23 meses		
		DE03	24 a 35 meses		
		DE04	36 a 47 meses		
		DE05	48 a 59 meses		
	Segunda dosis	DE04	7 a 11 meses		
		DE02	12 a 23 meses		
		DE03	24 a 35 meses		
		DE04	36 a 47 meses		
		DE05	48 a 59 meses		
	Revacunación	DE06	10 a 23 meses		
		DE07	24 a 35 meses		
		DE08	36 a 47 meses		
		DE09	48 a 59 meses		
		DE41	60 años y más		
Grupos de riesgo	RE08	Embarazadas			
	RE09	Personal de salud UH			
Población de riesgo de 5 a 59 años	Personas con VIH	RE05	5 a 9 años		
		RE11	10 a 19 años		
		RE41	20 a 59 años		
	Diabetes mellitus	RE12	5 a 9 años		
		RE13	10 a 19 años		
		RE42	20 a 59 años		
	Obesidad morbida	RE14	5 a 9 años		
		RE15	10 a 19 años		
		RE43	20 a 59 años		
	Personas con cardiopatías	RE16	5 a 9 años		
		RE18	10 a 19 años		
		RE44	20 a 59 años		
Personas con asma sin control	RE21	5 a 9 años			
	RE22	10 a 19 años			
	RE45	20 a 59 años			
Personas con cáncer	RE24	5 a 9 años			
	RE25	10 a 19 años			
	RE46	20 a 59 años			
Otro grupo	DE47	5 a 59 años			

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	6. Procedimiento para la vacunación			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 150 de 187	

### 10.7 Bitácora de registro para biológico aplicado



MEDICINA PREVENTIVA U. 2014 C.  
 REGISTRO DE VACUNAS PARA ADULTOS



FECHA: \_\_\_\_\_

VACUNA	LOTE	FABRICADORA
TETANOS		
NEUMOCOCCO		
TS		
ANTI-INFLUENZA		
OTROS		

ECU	NOMBRE	EDAD	SEXO		VACUNA APLICADA					CARTILLA	DOMICILIO
			F	M	TDA	NEUMO	TDPA	INFL.	OTRO		

NOTA: ESPECIFICAR NUMERO DE DOSIS APLICADAS

ENFERMERA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ VACUNAS \_\_\_\_\_ USUARIO \_\_\_\_\_

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 151 de 187	

### 10.8 Formatos kardex de biológico aplicado

## KARDEX DE BIOLÓGICOS

FECHA	EXISTENCIA ANTERIOR	REMESA LOTE	INGRESOS	APLICADO	DISPENDIO	EXISTENCIA FINAL

### 10.9 Comprobante de vacunación



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
"DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
LICENCIA SANITARIA No.13 AM 09 015 005

MEDICINA PREVENTIVA  
COMPROBANTE DE VACUNACION

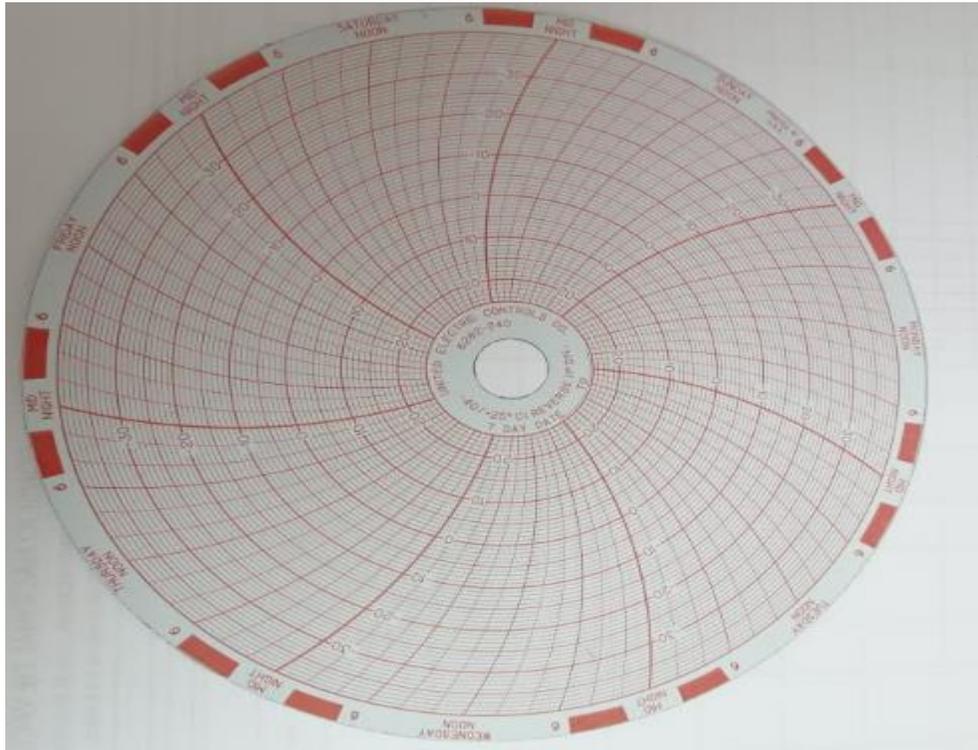
VACUNA: \_\_\_\_\_ FECHA DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_

LOTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>6. Procedimiento para la vacunación</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 152 de 187	

### 10.10 Formato Graficador de temperatura





 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	7. Procedimiento para la gestión de vacunas ante la Secretaría de Salud			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DADT-EPIDEMIO-0126		Hoja 154 de 187	

## 7. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE VACUNAS ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>7. Procedimiento para la gestión de vacunas ante la Secretaría de Salud</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DADT-EPIDEMIO-0126	Hoja 155 de 187		

## 1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar y gestionar la dotación de vacunas para el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, a fin de alcanzar las metas de vacunación requeridas, cubriendo los esquemas básicos de vacunación en niños y población adulta.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología y la Unidad de Medicina Preventiva coordinan la gestión de la dotación de las vacunas para su aplicación a los usuarios del Hospital.

2.2 A nivel externo: este Procedimiento aplica la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Departamento de Epidemiología y la Unidad de Medicina Preventiva coordinar la gestión de vacunas necesarias para el programa de vacunación.

3.2 Es responsabilidad del Departamento de Epidemiología, supervisar y controlar las gestiones necesarias para realizar este procedimiento.

3.3 Es responsabilidad de la Secretaria de Salud del Distrito Federal a través de la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc, cubrir las necesidades de vacunas requeridas para el programa de vacunación.

3.4 Es responsabilidad del Departamento de Epidemiología y la Unidad de Medicina Preventiva realizar en tiempo y forma la solicitud de vacunas a la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc, con la finalidad de no desabastecer en lo posible al servicio de dichas vacunas.

3.5 Es responsabilidad del personal médico y/o personal de enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva, acudir por el biológico a la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc con apoyo del Servicio de Donación y Trasplantes.

3.6 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>7. Procedimiento para la gestión de vacunas ante la Secretaría de Salud</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 156 de 187	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

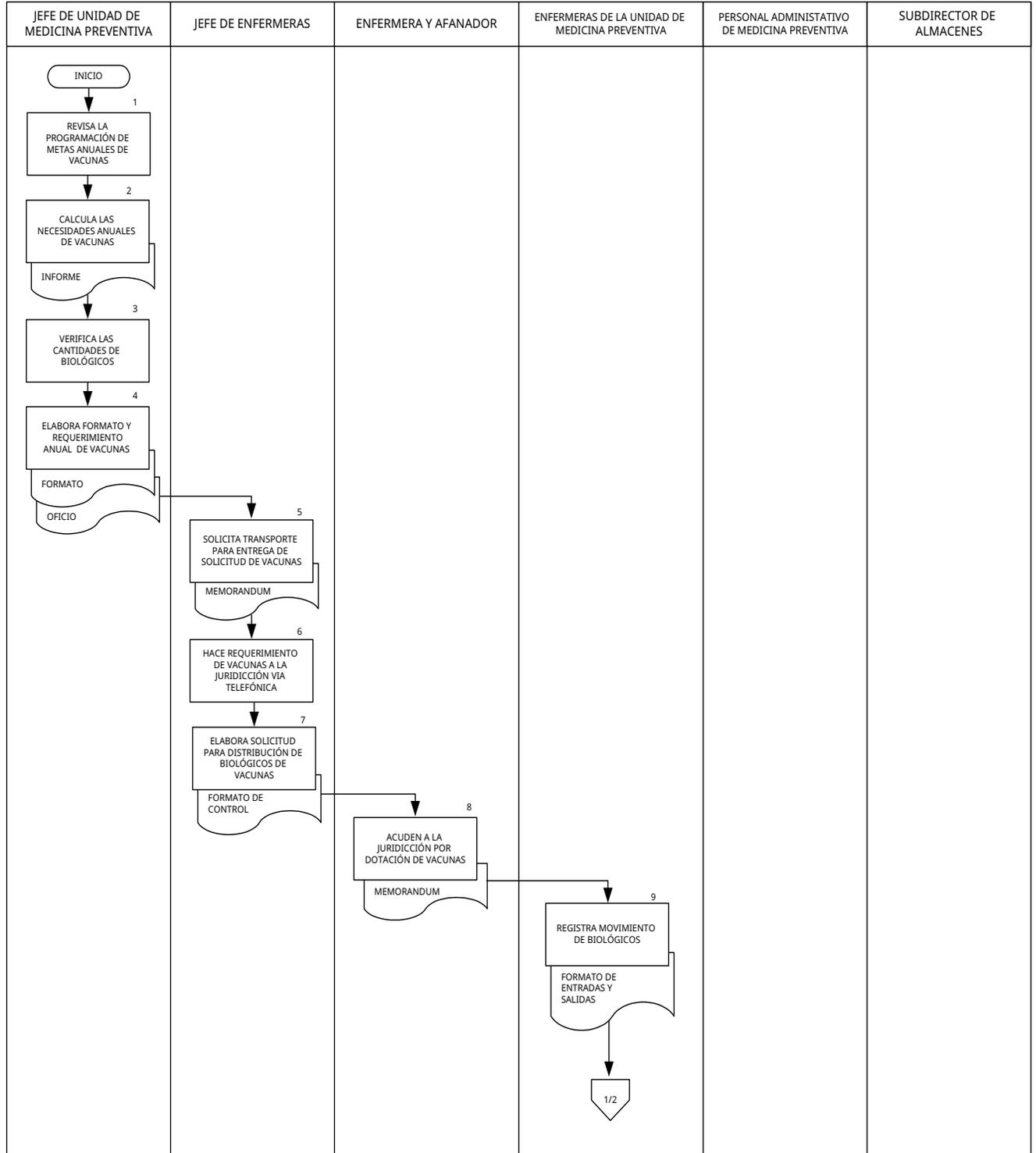
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Jefatura de Unidad de Medicina Preventiva	1	Revisa la programación de metas anuales del Servicio de vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato Informe.</li> <li>• Oficio Memorando</li> <li>• Formato de control</li> </ul>
	2	Calcula las necesidades anuales de vacunas, basándose en los informes anuales de vacunas aplicadas, en los programas de vacunación permanente y semanas nacionales de salud.	
	3	Verifica las cantidades de biológico requeridas para cumplir con las metas de vacunación Universal.	
	4	Elabora formato y oficio de requerimiento anual de vacunas dirigido a los servicios de salud del CDMX y a la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc, con atención al Director de la Jurisdicción (se elabora y envía en los meses de octubre y Noviembre, previos al año solicitado).	
Jefatura de Enfermería	5	Solicita transporte al Departamento de Servicios Generales para que lleve al personal de servicio a entregar la solicitud de vacunas, a través de memorando.	
	6	Vía telefónica con 15 días de anticipación hace el requerimiento de vacunas a la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc, esto es de acuerdo a las necesidades mensuales de cada biológico.	
	7	Elabora solicitud en formato de control para distribución de biológicos, anota la cantidad requerida de cada una de las vacunas firmada por el personal responsable.	
Personal de Enfermería y Afanador.	8	Acuden a la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud del D.F. por las vacunas, con apoyo del Departamento de Servicios Generales para el transporte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> </ul>

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>7. Procedimiento para la gestión de vacunas ante la Secretaría de Salud</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 157 de 187	

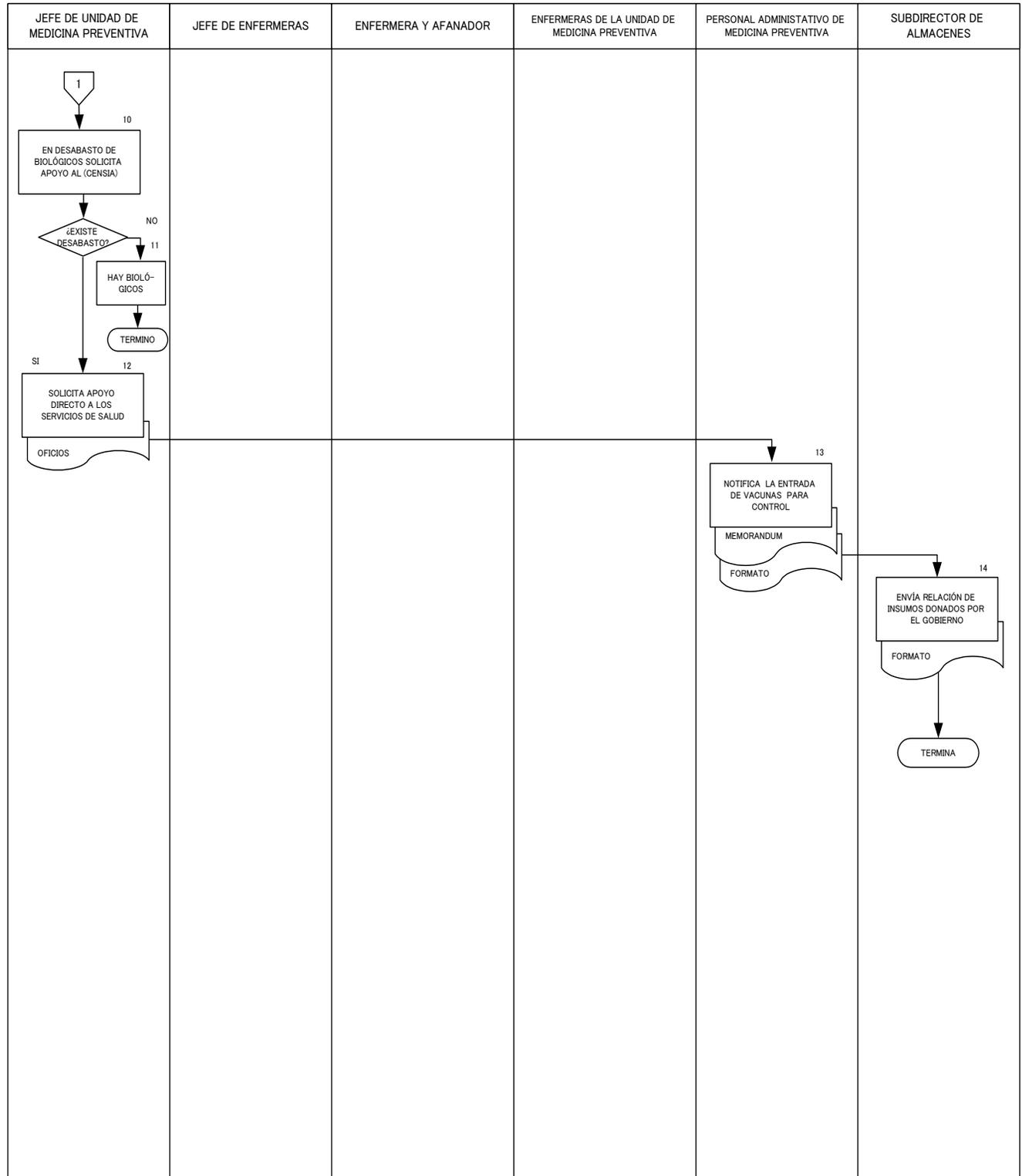
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Personal de Enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva.	9	Registra el movimiento de biológicos en carpeta de formato de entradas y salidas de biológicos, la cantidad existente de cada vacuna (llenando una hoja por cada biológico).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de entradas y salidas</li> </ul>
Jefatura de Unidad de Medicina Preventiva	10	En casos extraordinarios por desabasto de biológicos, solicita apoyos al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y valora si se cuentan con el biológico necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> </ul>
	11	No: Hay Biológicos necesarios y termina el procedimiento.	
	12	Si: Solicita apoyo sin intermediario a la Dirección General de Servicios de Salud Pública del D.F. o al IMSS o ISSSTE a través de oficios.	
Personal Administrativo de Medicina Preventiva	13	Notifica mediante memorando (firmado por Jefe de unidad de Medicina Preventiva) dirigido al Subdirector de Almacenes, anexando copia del formato de control para distribución de biológico; la entrada de las vacunas a la Unidad de Medicina Preventiva para su control de almacén.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• Formato.</li> </ul>
Subdirección de Almacenes	14	Envía a la Unidad de Medicina Preventiva la relación de insumos donados por el Gobierno del D.F. para Vo. Bo. y firma del Jefe de Unidad de Medicina Preventiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato</li> </ul>
		<b>TERMINA</b>	

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>7. Procedimiento para la gestión de vacunas ante la Secretaría de Salud</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 158 de 187		DR. EDUARDO LICEAGA

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>7. Procedimiento para la gestión de vacunas ante la Secretaría de Salud</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 159 de 187		DR. EDUARDO LICEAGA



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>7. Procedimiento para la gestión de vacunas ante la Secretaría de Salud</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 160 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología.	No Aplica
6.2 Manual de Vacunación.	No Aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.4 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.5 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.6 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Reportes	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.2 Informes	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica
7.3 Formatos	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Biológico:** Cualquier preparación hecha de organismos vivos o de productos utilizados como agente diagnóstico o terapéutico (antígeno, antitoxina, suero y vacuna).

**8.2 CENSIA:** Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

**8.3 Confidencialidad:** es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.

**8.4 Vacuna:** Suspensión de microorganismos atenuados o muertos administrados por vía intradérmica, intramuscular, oral o subcutánea para inducir inmunidad activa frente a enfermedades infecciosas.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de solicitud para biológicos





	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	<b>Hoja 163 de 187</b>		

## 8. PROCEDIMIENTO PARA EL REÚSO DE MATERIALES Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESECHABLES

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reuso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 164 de 187	

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico en los casos que se requiera re esterilizar material y dispositivos desechables, enumerando las acciones de prevención y control necesarias para minimizar y/o mitigar el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles, que puedan estar presentes en materiales y dispositivos médicos desechables susceptibles a reuso que comprometan el estado de salud de los pacientes y del personal que realiza el reprocesamiento.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología supervisa la aplicación del procedimiento, la Unidad de Vigilancia Epidemiológica coordina el seguimiento del mismo, el personal médico y paramédico que requiere utilizar material y dispositivos médicos desechables que sea susceptible de ser re-esterilizado, y se decida (por razones justificadas) realizar re-procesamiento, para la atención de pacientes.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Jefatura de Servicio en colaboración con la Jefatura de Enfermería y Delegación Administrativa del Servicio son responsables de la difusión y vigilancia correcta para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer a todo el personal médico, paramédico y administrativo, para su conocimiento y apego.

3.2 Los dispositivos desechables que hayan sido utilizados en pacientes no infecciosos y sean susceptibles a ser reutilizados, deberán ser desensamblado de manera segura y limpiados tan pronto como sea posible después de su primera utilización, para evitar que los contaminantes se sequen. La Jefatura de enfermería es responsable de supervisar esta actividad. (Ver anexo 10.1 Listado de dispositivos y material desechable susceptible a re-uso).

3.3 El personal de enfermería es responsable de verificar que todo dispositivo medico desechable que requiera reprocesamiento se someta a proceso de esterilización de acuerdo a los siguientes pasos.

- a) Preparación en el punto de uso previo a la reprocesamiento
- b) Preparación previa a la limpieza
- c) Limpieza
- d) Secado
- e) Inspección, mantenimiento y prueba de funcionamiento y/o integridad
- f) Empaquetamiento
- g) Esterilización
- h) Almacenamiento en lugares adecuados de temperatura y humedad

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 165 de 187		

3.4 El Personal de Enfermería es responsable de verificar que todo dispositivo de re-uso se cuente con indicador químico emulador-integrador multiparametro de acuerdo al agente esterilizante, sea utilizado solamente hasta en tres ocasiones considerando el primer uso en la apertura del empaque original.

- En los casos necesarios y una vez utilizado el dispositivo, evaluará la funcionalidad e integridad visible para su reprocesamiento y en los casos que no los cubra deberá ser desechado.
- Al membrete del dispositivo anexara el número de re-uso y realizará marcaje en forma de paloteo en aquellos dispositivos que su configuración lo permita.

3.5 El Personal de Enfermería encargada de la re-esterilización del dispositivo o material médico desechable solicitará la etiqueta de la esterilización anterior, como barrera de seguridad para corroborar el número de reprocesamiento al que es sometido.

3.6 La Jefatura de Enfermería en colaboración con el personal del Departamento de Epidemiología son responsables de supervisar el llenado correcto de bitácora para registro de material y dispositivos desechables a re-esterilizar, la cual será emitida por el Departamento de Epidemiología y requisitado por el personal de enfermería del área a cargo.

3.7 En los casos de material y dispositivos desechables susceptibles de re-esterilización procedente de donación, la Dirección de Coordinación Médica es responsable de aceptar dicho material, con apego al procedimiento correspondiente y determinará si la condición del material donado cumple con los requisitos para que sea sometido a reprocesamiento.

3.8 El personal encargado de realizar el proceso de esterilización es responsable de conocer el uso y manejo de los agentes esterilizantes, en caso necesario deberán recibir capacitación continua al respecto.

- Todo material y dispositivos médicos desechables susceptibles a re-esterilización deberán hacerse en los tiempos requeridos de acuerdo al agente esterilizante:
  - a) Vapor saturado un mínimo de 8 hrs.
  - b) Peróxido de hidrogeno 8hrs.
  - c) Óxido de etileno 48 hrs.
  - d) Por este motivo, los equipos y dispositivos a re-esterilizar no podrán hacerse de manera urgente.

3.9 El personal asignado a realizar reprocesamiento de dispositivos médico deberá apearse al Manual de Procedimientos validado por la Central de Equipos y Esterilización correspondiente.

3.10 Para reprocesar el material y dispositivos desechables sujetos a re-esterilización es responsabilidad del Delegado Administrativo de los Servicios cabo que cuenten con área de CEYE (Central de Equipos y Esterilización) solicitar los insumos necesarios para su proceso, incluyendo el equipo de protección personal.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 166 de 187		

3.11 El personal adscrito a la Central de Equipos y esterilización es responsable de revisar el material y dispositivos desechables para re-esterilización, en caso de que no cumplan con los requisitos para esta actividad serán rechazados.

3.12 Las Unidades que requieran apoyo en el proceso de esterilización para el traslado del dispositivo médico deberán de contar con contenedores rígidos, exclusivo, con tapa, limpios y desinfectados para proteger la integridad el dispositivo. El Delegado Administrativo es responsable de verificar que se cuente con los mismos.

3.13 Queda estrictamente prohibido el reúso de dispositivos punzocortantes.

3.14 El material y dispositivos que no se encuentren registrados en el listado del anexo no podrán ser reprocesados.

3.15 La jefatura del Departamento de Epidemiología es responsable de verificar que todo el personal asignado a realizar el proceso de reprocesamiento de algún dispositivo médico reciba las vacunas profilácticas necesarias, además de aplicarlas en el marco posible.

3.16 El personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica dará seguimiento epidemiológico al paciente en quien haya sido utilizado algún dispositivo médico reprocesado.

3.17 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales deberán realizarse con apego al Código de Ética del Hospital General de México.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 167 de 187	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

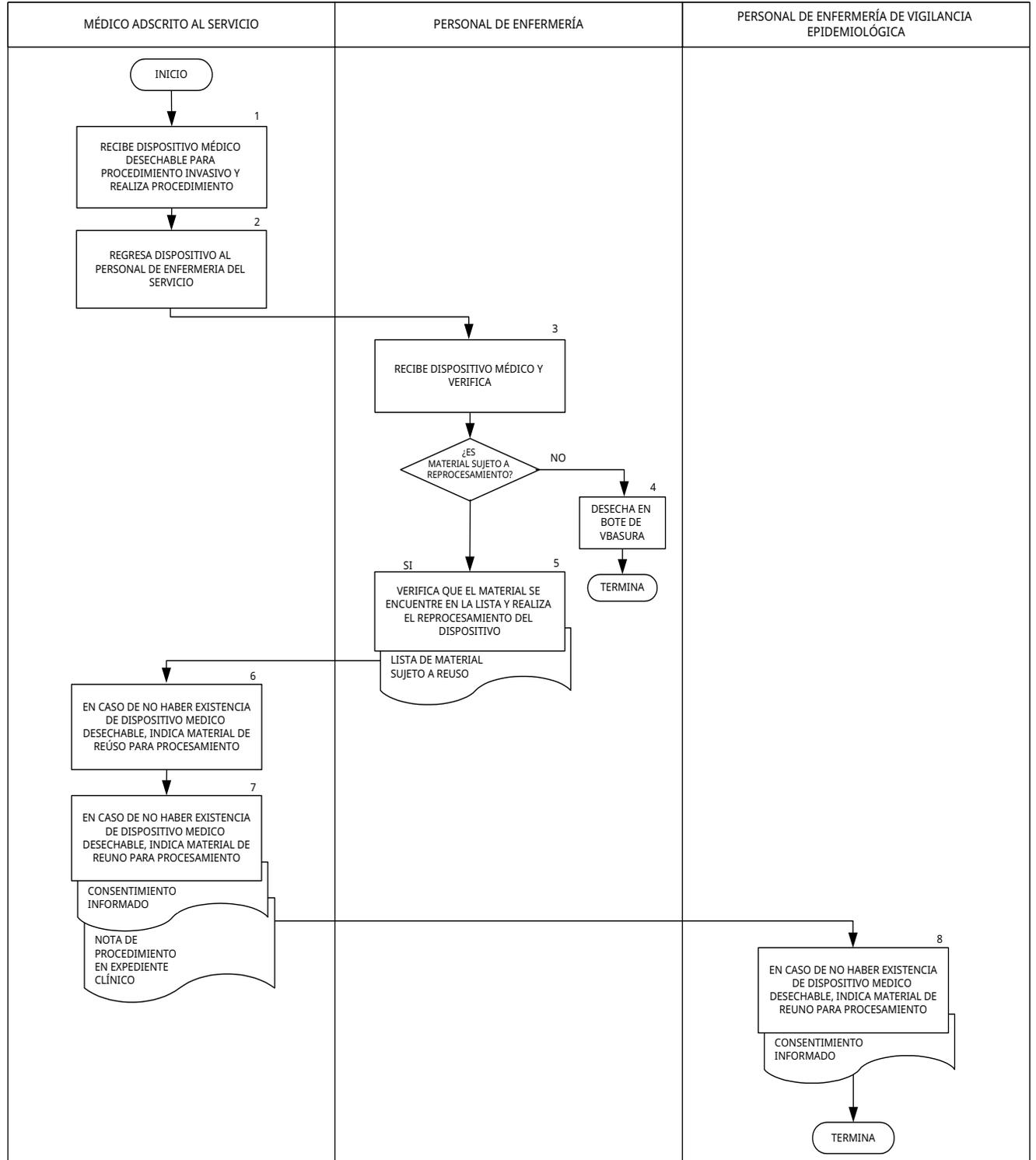
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Médico Adscrito al Servicio	1	Recibe el dispositivo médico desechable para procedimiento invasivo y realiza procedimiento.	
	2	Regresa dispositivo a personal de enfermería del Servicio.	
Personal de Enfermería	3	Recibe dispositivo médico y verifica.  ¿Es material desechable sujeto a reprocesamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registra en bitácora</li> </ul>
	4	No. Se desecha al bote de basura correspondiente y termina el proceso.	
	5	Si: Verifica que el material se encuentre en la Lista de material sujeto a reúso aprobado por la Dirección de Coordinación Médica y realiza la reprocesamiento del dispositivo en el siguiente orden.	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparación en el punto de uso previo al reprocesamiento</li> <li>2. Preparación previa a la limpieza</li> <li>3. Limpieza</li> <li>4. Secado</li> <li>5. Inspección, mantenimiento y prueba de funcionamiento y/o integridad</li> <li>6. Empaquetamiento</li> <li>7. Marcaje al dispositivo</li> <li>8. Esterilización</li> <li>9. Almacenamiento en anaquel limpio y libre de polvo, adecuados en temperatura y humedad</li> <li>10. Registro de bitácora con folio</li> <li>11. Identificación con el dispositivo (paloteo)</li> </ol>	
Médico Adscrito al Servicio	6	En caso de no haber existencia de dispositivo médico desechable, indica material de reúso para procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado</li> <li>• Nota de procedimiento en Expediente Clínico</li> </ul>
	7	Informa al paciente de la necesidad de uso de dispositivo médico desechable reprocesado.	

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 168 de 187	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería de Vigilancia Epidemiológica	8	Revisa bitácora de material desechable en reprocesamiento y da seguimiento a paciente en quien se utiliza.  <b>TERMINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Censos de vigilancia epidemiológica.</li> </ul>

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 169 de 187		

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 170 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No aplica
6.4 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología.	No aplica
6.5 Guía para la Clasificación de Dispositivos Médicos Según Riesgo, Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud, Chile 2018.	No aplica
6.6 Principios de Procesamiento Estéril, 6 Ed, Editado por Nancy Chobin, Universidad del Procesamiento Estéril, EUA, 2017.	No aplica
6.7 Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC, Candace Friedman, William Newsom; International Federation Of Infection Control, 2011.	No aplica
6.8 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No aplica
6.9 Código de Conducta del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Bitácora de registro de material desechable reprocesado	5 años	Jefatura del Servicio/Unidad	No Aplica
7.2 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No Aplica
7.3 Censos de vigilancia epidemiológica	5 años	Departamento de Epidemiología	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1. Desinfección:** Reducción de un número específico de microorganismos de la superficie del instrumento, necesaria para la seguridad del usuario en su manipulación.

**8.2 Dispositivo Crítico:** Se definen como aquellos que entran en contacto con tejido estéril, el sistema vascular o equipamientos a través de los cuales fluye sangre; por ejemplo: instrumental quirúrgico y catéteres vasculares.

**8.3 Dispositivo no Crítico:** Es todo aquel dispositivo que entra en contacto con piel intacta, presenta un bajo riesgo de propagar infecciones, excepto mediante la transferencia de patógenos a las manos del personal de atención en salud.

**8.4 Dispositivo Semicrítico:** entran en contacto con membranas mucosas intactas o con piel no intacta; por ejemplo, un endoscopio de fibra óptica flexible, sondas vaginales y equipamientos para terapia respiratoria.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 171 de 187	

**8.5 Estéril:** Estado libre de microorganismos.

**8.6 Esterilización:** Proceso utilizado para destruir cualquier forma de vida de los microorganismos incluyendo las esporas.

**8.7 Fabricante:** Responsable de la manufactura de los instrumentos y dispositivos médicos.

**8.8 Limpieza manual:** Limpieza; eliminación de la contaminación de la superficie de cada uno de los instrumentos, necesaria para los siguientes procedimientos.

**8.9 Lavado:** remoción de la contaminación de todas las superficies del instrumento, necesaria para los siguientes pasos del reprocesamiento.

**8.10 Químicos:** Cualquier solución química para el reprocesamiento de los instrumentos, dentro de las cuales se incluyen desinfectantes, detergentes, lubricantes, desincrustantes, etc.

**8.11 Reproceso:** Serie de actividades que incluyen limpieza, desinfección y esterilización, necesarias para el uso seguro de los instrumentos, después de su primer uso.

**8.12 Validación:** Procedimiento documentado para la obtención, registro e interpretación de todos los datos necesarios para demostrar que el proceso cumple con especificaciones determinadas.

**8.13 Verificación:** Examinación, confirmación y certificación (documentación) del cumplimiento del objetivo y las especificaciones requeridas en un proceso.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Listados de Material y Dispositivos Médicos desechables susceptibles para re-uso

10.2 Censos para la vigilancia Epidemiológica. \* Ver anexos del procedimiento 1.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126	Hoja 172 de 187		

### 10.1 Listados de Material y Dispositivos Médicos desechables susceptibles para re-uso

SERVICIO	MATERIAL DE REUSO	CLASIFICACION
GINECO-OBSTETRICIA	BOLSA DE REANIMACION NEONATAL	SEMICRITICO
	PERILLAS DE LATEX	CRITICO
	ASAS ELECTROCAUTERIO	CRITICO
	ESFERAS DE ELECTROCAUTERIO	CRITICO
	CANULAS DE AMEU	CRITICO
ORTOPEDIA	VENDA SMARCH	CRITICO
RADIOLOGÍA E IMAGEN	CATÉTERES VASCULARES ESTOS SON DE 3, 4, 5 Y 6FR.	CRITICO
	CATÉTER CEREBRAL	CRITICO
	CATÉTER COBRA	CRITICO
	CATÉTER SIMMONS	CRITICO
	CATÉTER MANI	CRITICO
	CATÉTER RUC	CRITICO
	CATÉTER BENTSON	CRITICO
	CATÉTER PIGTAIL	CRITICO
	MICRO CATÉTERES DE PUNTA 3, 1.8, 1.2, 1 FR CON LONGITUDES DE 150 A 300 CM DE LONGITUD	CRITICO
	CATÉTERES VISCERALES 8.0, 8.3, 8.5, 9,10,12,14,16,18,20 Y 22 FR. CON LONGITUDES DE 20, 25, 30, 35 Y 40 CM	CRITICO
	GUIAS HIDROFILICAS J, RECTAS Y CURVA 0.35", 0.25, 0.38" CON LONGITUDES DESDE 5, 10, 150CM,260CM, 300CM	CRITICO
	GUIAS METALICAS J, RECTA Y CURVA 0.35", 0.25, 0.38" CON LONGITUDES DESDE 150CM, 260CM, 300CM	CRITICO
	GUIAS COPE CON PUNTA DE NITINOL 0.18" DE 15, 20 O 30CM DE LONGITUD	CRITICO
	MICRO GUIA 0.18", 0.14", 0.12" DE MAS DE 250CM DE LONGITUD	CRITICO
ANGIOLOGIA	BALONES DE 4, 5, 6, 7, 8, 9 FR CON DIAMETROS DE DISTENCIÓN DE 1 A 4CM Y DE 10 CON 1 A 10CM DE LARGO EN CUANTO AL BALÓN Y EL CATÉTER GUÍA DE MÁS DE 100CM DE LONGITUD	CRITICO
	INTRODUCTOR VASCULAR 4, 5, 6, 7 Y 8 FR	CRITICO
	CANASTILLAS DE DORMÍ O DE DOS HILOS HELICOIDAL	CRITICO
	RECUPERADORES DE 3, 4, 5, 6 Y 7 FR	CRITICO
	NEFF O SISTEMA COAXIAL 6.1 O 7.1 FR	CRITICO
	DILATADORES DE 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 Y 16 FR	CRITICO
	POSICIONADOR METALICO Y PLASTICO DE 40CM DE LONGITUD	CRITICO
	SISTEMA COAXIAL DE MICRO PUNCION DE 4 Y 5 FR	CRITICO
	JERINGA DE INYECTOR	CRITICO
	EXTENSIONES VASCULARES	CRITICO
	FIBRA RADIAL DE 600 MICRAS	CRITICO
INTRODUCTOR DE CATÉTER ARTERIAL ARROW QUE CONSTA DE UNA GUÍA METÁLICA DE 0-038" CON DILATADOR DE VASO DE DIFERENTES CALIBRES.	CRITICO	

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 173 de 187	

SERVICIO	MATERIAL DE REUSO	CLASIFICACIÓN
SERVICIO DE ANGIOLOGÍA	GUIAS TEFLONADAS DE DIFERENTES PULGADAS	CRITICO
	GUÍAS HIDROFÍLICAS DE DIFERENTES PULGADAS	CRITICO
	CATÉTER MULTIPROPÓSITO PARA LA ANGIOGRAFÍA DE RAMAS AORTICAS ABDOMINALES	CRITICO
	CATÉTER PIG-TAIL (COLA DE CERDO) O GROLLMAN PIG TAIL PARA ANGIOGRAFÍA NO SELECTIVA, ANGIOGRAFÍA PERIFÉRICA, ANGIOGRAFÍA ABDOMINAL, ARTERIOGRAFÍA DEL ARCO, FLEBOGRAFÍA VENOSA CENTRAL.	CRITICO
	SET DE FLEBOEXTRACCIÓN DESECHABLE; FLEBOEXTRACTOR, MANGO, 3 CABEZALES DE FLEBOEXTRACTOR, TAPON DE ROSCA PARA EL CABEZAL.	CRITICO
	INJERTOS VACULARES DE DIFERNETES MEDIDAS, RECTOS, CONICOS, ANILLADOS Y BIFURCADOS.	CRITICO
	TUNELIZADOR VASCULAR	CRITICO
	PUNTA LARGA PARA LÁPIZ DE ELECTROCAUTERO	CRITICO
	PUNTA FINA PARA LÁPIZ DE ELECTROCAUTERO	CRITICO

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 174 de 187	

SERVICIO	DISPOSITIVO MEDICO	CARACTERSTICAS DEL DISPOSITIVO			CLASIFICACIÓN
HEMODINAMIA	CATÉTER TIG	5FR	100 CM	PERFORMA 0.38	CRITICO
	CATÉTER ITG	5FR	100 CM	SPECIAL 0.38	CRITICO
	KIT CORONARIO	5,6 Y 7 FR	100 CM	CATÉTER JUDKINS IZQUIERDO, DERECHO Y PIGTAIL 0.38	CRITICO
	CATÉTER MULTIPROPÓSITO	4,5 Y6 FR	100 CM	CON ORIFICIO CENTRAL Y LATERAL	CRITICO
	CATÉTER VODA	5,6 Y 7 FR	100 CM	0.38 DE DIAMETRO	CRITICO
	CATÉTER AMPLATZ	5 Y 6 FR	100 CM	.38 CURVA 1,2.3CM	CRITICO
	CATÉTER GUÍA IZQUIERDO	5, 6 Y 7 FR	100 CM	CURVA 3.5,4,5 CM DIÁMETRO INTERNO 0.70, 0.71	CRITICO
	CATÉTER GUÍA DERECHO		100 CM	DIÁMETRO INTERNO 0.70, 0.71	CRITICO
	CATÉTER VODA		100 CM	DIÁMETRO INTERNO 0.70	CRITICO
	CATÉTER MULTIPROPÓSITO		100 CM	DIÁMETRO INTERNO 0.58, 0.70, 0.71	CRITICO
	CATÉTER AMPLATZ		100 CM	DIÁMETRO INTERNO 0.70	CRITICO

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>8. Procedimiento para el reúso de materiales y dispositivos médicos desechables</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 175 de 187	

SERVICIO	GUÍAS PARA CATETERISMO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				CLASIFICACIÓN
	NOMBRE	CALIBRE	LONGITUD	CARACTERISTICAS	
HEMODYNAMIA	Guía teflonada	0.35	150 cm	Punta en J	CRITICO
	Guía teflonada recta	0.35	260 cm	Intercambio	CRITICO
	Guía teflonada	0.35	260 cm	Extra soporte para fines terapéuticos	CRITICO
	Guía hidrofílica	0.35	150 cm	Angulo regular 3 cm	CRITICO
	Guía hidrofílica	0.35	300 cm	Extra soporte para fines terapéuticos	CRITICO
	Manifold			Kit angiográfico con manifold 3 válvulas 250 psi de presión con línea de monitoreo de 12" dosificador de llenado rápido 72" y auxiliar para monitoreo de presión invasiva.	CRITICO
	Copilot (Llave hemostática) con extensión corta y rotor.	----- - -----	----- -- - -----	Válvula hemostática Auxiliar para la navegabilidad, torque y dirección de la guía en procedimientos terapéuticos.	CRITICO
	Catéter balón	0.35 1 2 mm x 14 CFD	150 cm	Catéter con balón distal Específico para angioplastia de vasos periféricos	CRITICO
	Banda radial con jeringa	20 cc	- - -	Específica para insuflar la banda radial con fines hemostáticos	CRITICO
	Insuflador		Capacidad para 20 cc de medio de contraste y a 28 Atmosferas como límite superior y 405 PSI.	Para facilitar el uso de los catéteres y guías durante los procedimientos de intervención para inflar/desinflar catéteres de balón y vigilar la presión dentro del balón de arterias coronarias	CRITICO



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 177 de 187	

## 9. PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DEL CLORO LIBRE RESIDUAL

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 178 de 187	

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los pasos para realizar la medición de la concentración de Cloro libre Residual del agua para uso y consumo humano con apego a la Norma Oficial Mexicana "NOM-230-SSA1-2002 en las diferentes unidades de Servicios del Hospital General de México, con el objetivo de prevenir Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno: El Departamento de servicios generales es el responsable de la colocación de dosificadores de cloro en las 7 cisternas con que cuenta la institución. El Departamento de Epidemiología es el responsable de realizar las mediciones de la concentración de cloro libre residual del agua suministrada a las diferentes áreas y servicios, aplica a todos los servicios, áreas y cisternas del Hospital.

2.2 A nivel externo: El Hospital General de México cuenta con el apoyo de la Empresa Subrogada Perquin de México, especializada en el Servicio de Aguas Industriales; la cual acude al hospital dos veces al mes para la medición de cloro residual, lo que permite validar la medición del cloro residual del personal interno del hospital.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Dirección General del Hospital establecerá el grupo de trabajo responsable del programa para la medición del cloro residual libre en el agua de uso y consumo del hospital.

3.2. La Dirección de Coordinación Médica será la responsable de la coordinación de las áreas operativa.

3.3. La Dirección de Administración y Finanzas será la responsable de asegurar la disponibilidad de recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo del programa.

3.4. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica en coordinación con la Unidad de Medicina Preventiva será la responsable de monitorear las concentraciones de cloro libre residual del agua hospitalaria.

3.5 La Subdirección de Mantenimiento y Conservación será la responsable de las medidas correctivas identificadas en los casos de la detección de bajos niveles de la calidad del agua.

3.6. La selección de puntos de muestreo, deben ser representativos de las diferentes fuentes del agua que abastecen el sistema. Debe haber una distribución uniforme de los puntos del muestreo a lo largo del sistema en su caso, considerar los lugares más susceptibles de contaminación.

3.7. El Departamento de Epidemiología (DVE) es el responsable de realizar la vigilancia del cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana "NOM-230-SSA1-2002.

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 179 de 187	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

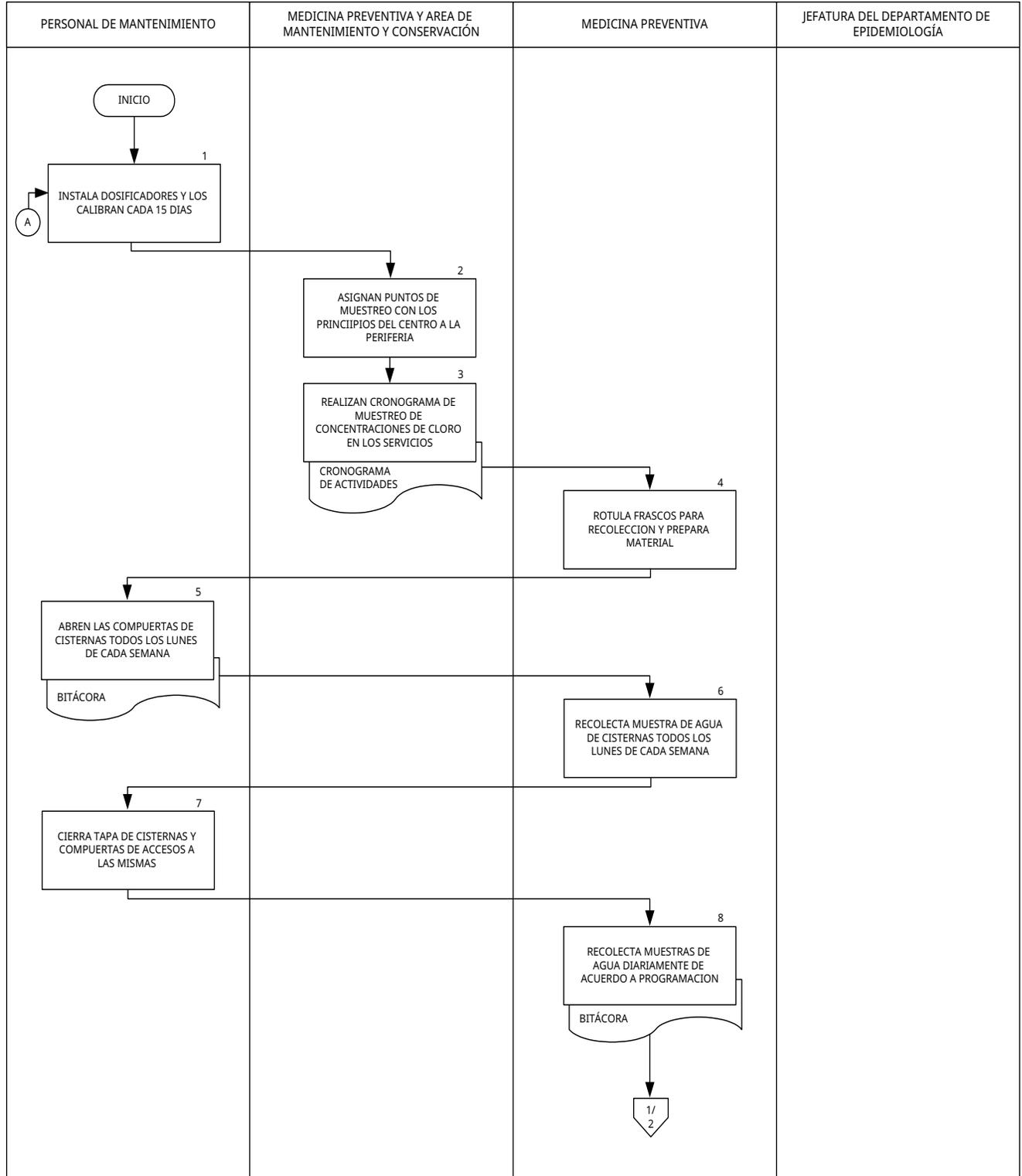
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Mantenimiento	1	Instala dosificadores y los calibran cada 15 días.	
Medicina Preventiva y Area de Mantenimiento y Conservación	2	Asigna puntos de muestreo con los principios del centro a la periferia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronograma de actividades</li> </ul>
	3	Realiza cronograma de muestreo de concentraciones de cloro libre residual de las diferentes áreas y servicios hospitalarios.	
Medicina Preventiva	4	Rotula frascos para recolección de muestras con número de servicio y fecha, calibrado del equipo y preparación del material.	
Personal de Mantenimiento	5	Abre las compuertas del área de cisternas todos los lunes de cada semana. Retira tapa de cisterna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registra en bitácora</li> </ul>
Personal de Medicina Preventiva	6	Recolecta muestra de agua de cisternas todos los lunes de cada semana.	
Personal de Mantenimiento	7	Cierra tapa de cisternas y compuertas de accesos a las mismas.	
Personal de Medicina Preventiva	8	Recolecta muestras de agua de las área y servicio hospitalarios diariamente acorde calendario programado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de registros</li> </ul>
	9	Realiza la medición de cloro libre residual con técnica colorimétrica (espectofotometro Hannna).	
	10	Registra los resultados en bitácora del servicio.	
	11	<p>¿El resultado está en rango permitido?</p> <p>No: realiza notificación inmediata a la dirección general conservación y mantenimiento con las recomendaciones correspondiente y se regresa a la actividad 1.</p>	

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEI-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 180 de 187	

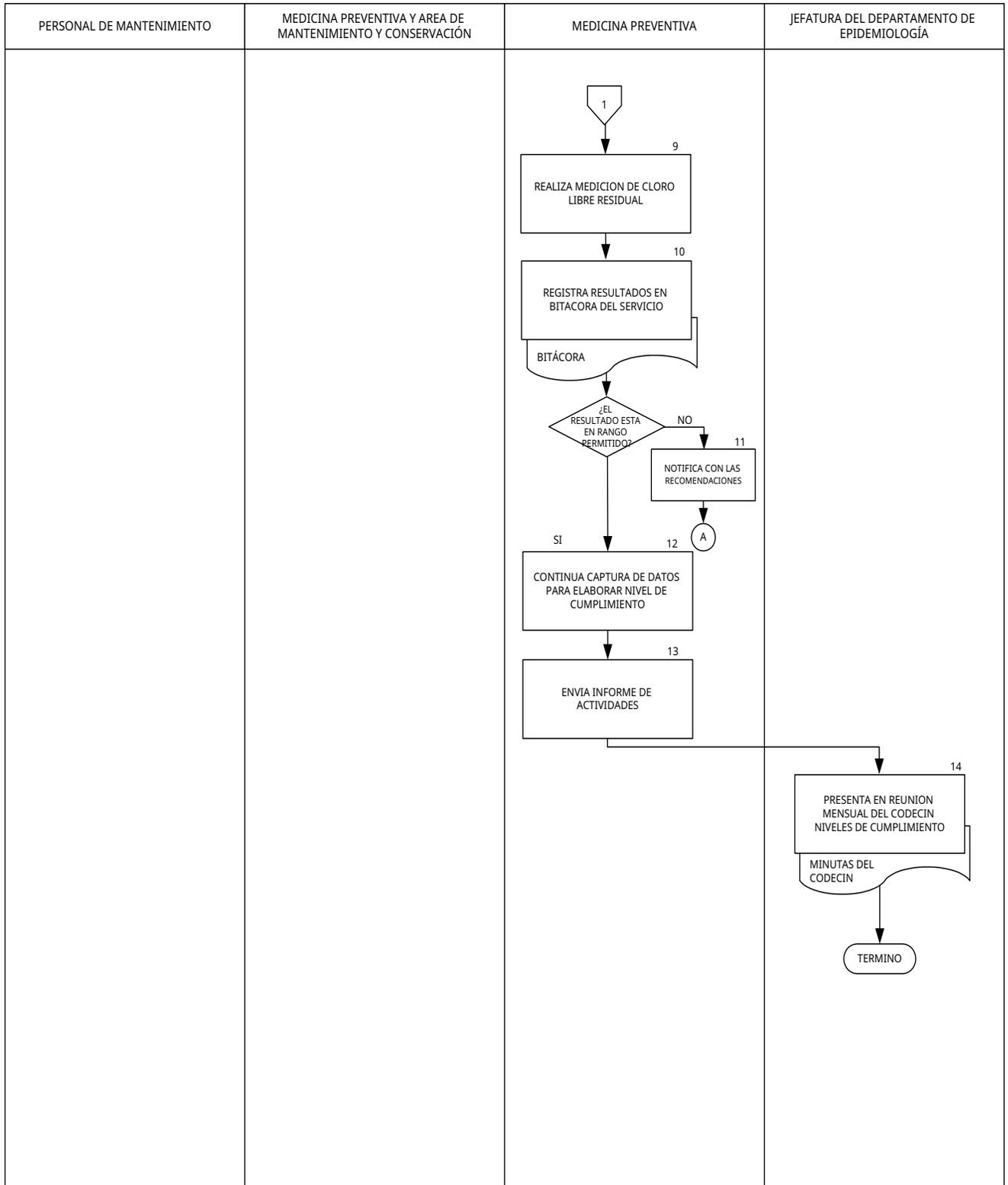
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Medicina Preventiva	12	Si: Continúa a captura de datos para elaborar el nivel de cumplimiento mensual de la actividad.	
	13	Envía informe de las actividades a la Dirección de Coordinación Médica y Departamento de Epidemiología.	
Jefatura de Vigilancia Epidemiológica	14	Presenta en reunión mensual del CODECIN los niveles de cumplimiento del cloro libre residual del agua hospitalaria.  <b>TERMINA</b>	• Minutas del CODECIN

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 181 de 187	DR. EDUARDO LICEAGA

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 182 de 187	



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 183 de 187	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa de Prevención y Control de Infecciones, 2020.	No aplica
6.2 NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.	No aplica
6.3 NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
6.4 Manual de Organización del Departamento de Epidemiología.	No aplica
6.5 NOM-230-SSA1-2002. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.	No aplica
6.6 NOM 127-SSA1-1994, salud ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de la calidad y tratamiento a que se debe someterse el agua para su potabilización.	No aplica
6.7 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.8 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Bitácoras de Cloración	5 años	Departamento de Epidemiología	No aplica
7.2 Formato de laboratorio	5 años	Departamento de Epidemiología	No aplica
7.3 Minutas de acuerdos	5 años	Departamento de Epidemiología	Folio/ mes

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Aguas para el uso y consumo humano:** Agua que contiene contaminantes objetables, ya sean químicos o agentes infecciosos y que no cause efectos nocivos para la salud. También se le denomina como agua potable.

**8.2 Limite permisible:** Concentración o contenido máximo intervalo de valores de un componente que no causara efectos nocivos para la salud de un consumidor.

**8.3 Muestreo:** Actividades desarrolladas para obtener volúmenes de agua en sitios seleccionados del sistema de abastecimiento, de tal manera que sean representativos de este, con el propósito de evaluar características físicas, químicas, microbiológicas y radiactivas.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 184 de 187	

**8.4 Sistema de abastecimiento de agua:** Conjunto de elementos integrados por las obras hidráulicas de captación, potabilización, desinfección, almacenamiento o regularización y distribución.

#### 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

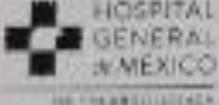
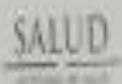
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Junio 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Diciembre 2024	Se actualizó el procedimiento de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

#### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

##### 10.1 Cronograma de muestreo

	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"			 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA			
	9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 185 de 187	

### 10.1 Cronograma de muestreo


**CRONOGRAMA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE LA RED DEL AGUA**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Medición de CLR en cisternas		Toma de muestra en los diferentes Servicios	toma muestra de diferentes servicios	Toma muestra de diferentes servicios	Toma muestra de diferentes servicios
Toma de muestra para cultivos microbiológicos		Ronda 1	Ronda 2	Ronda 1	Ronda 2

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	Fecha de Elaboración	N/A	Fecha de Actualización	
No. Revisión 01	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 186 de 187	

**MONITORES DE NIVELES CE CLORO LIBRE RESIDUAL**

Ronda 1		Ronda 2	
101 Otorrinolaringología		102 Oftalmología	
106 Cirugía Plástica		105 Urología	
307 Ortopedia		111 Oncología	
502 Cardiología		310 Torre Quirúrgica PB	
404 Urgencias		310 Torre Quirúrgica 1er	
403 Neurología		310 Torre Quirúrgica 2do	
103 Medicina Interna		310 Torre Quirúrgica 3er	
105 Nefrología		310 Torre Quirúrgica 4to	
110 Medicina Interna		503 Neumología	
111 Hematología		108 Medicina Interna	
404 Reumatología		109 Dermatología	
405 Infectología		110 Geriatria	
112 Ginecología		310 Gastroenterología	
204 Clínica del Dolor		404 Endocrinología	
207 Laboratorio Central		505 Pediatría	
601 Alergia		206 Comedor Central	
601 Rehabilitación		207 Rayos X	
404 Estomatología		404 Consulta Externa	
601 Audiología		501 Patología	

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b>			 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA
	<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>			
	<b>9. Procedimiento para la determinación de cloro libre residual</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b>	N/A	<b>Fecha de Actualización</b>	
<b>No. Revisión 01</b>	HGMEL-DCM-DEPEPI-MP-0126		Hoja 187 de 187	

Prueba del residual de cloro de las cisternas del Hospital General de México

No.	Cisterna	Cuantitativo	Cualitativo	Fecha
1	General			
2	T. Qx.			
3	Ginecología			
4	Oncología			
5	T. Cardio-Neumología			
6	T. Rehabilitación			
7	T. Patología			
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				