



Código
PR-DOP-SME-02 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Realizar la Consulta Médica en los Centros de Atención Infantil

ÍNDICE

	Página
I. OBJETIVO	2
II. ALCANCE	2
III. FUNDAMENTO LEGAL	2
IV. DEFINICIONES	3
V. RESPONSABILIDADES	3
VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	4
VII. INDICADOR	4
VIII. ANEXOS	5
IX. CONTROL DE CAMBIOS	6
X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO	6

CGP

Código
PR-DOP-SME-02 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Realizar la Consulta Médica en los Centros de Atención Infantil

I. OBJETIVO

Brindar atención médica de primer nivel en los Centros de Atención Infantil, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

II. ALCANCE

Aplica al personal adscrito al departamento de Servicios Médicos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

III. FUNDAMENTO LEGAL

Ámbito Federal

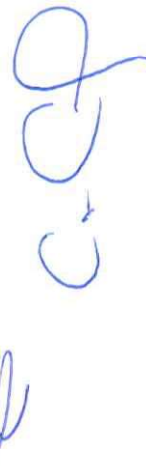
Título Tercero, Capítulo I, Artículo 23, 24 fracción I, II, III; 32, 33, fracción I, II, III, IV; Capítulo IV, Artículos 50, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 51 bis 3, 58, fracción I, III, IV, V, VI, VII; Título Cuarto, Capítulo I, Artículo 79; Capítulo II, Artículo 87, 88; Título Noveno, Capítulo I, Artículo 167, 168, fracción I, VII; de la Ley General de Salud (última reforma pública DOF12-07-2018).

Artículo 2 y 3; de la Ley de Asistencia Social (última reforma publicada DOF 08-06-2012).

Capítulo I, Artículo 1, 2 fracción VI, VII, XII, XXIV, XXVI; del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DO 11-05-2016).

Ámbito Estatal

Artículo 4 fracción VIII; 9, fracción I, III; de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán (última reforma DO18-07-1994)(Ultimo acuerdo 01-2018).



Código
PR-DOP-SME-02 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Realizar la Consulta Médica en los Centros de Atención Infantil

IV. DEFINICIONES

Consulta: Entrevista y exploración física o mental de un usuario.

Cuantificación: Obtención de valores.

CURP: Clave única de registro de la población.

Documento: Escrito en papel o soporte donde se describa una actividad.

INE: Instituto Nacional Electoral.

Medicamentos: Sustancia activa que puede prevenir o aliviar una enfermedad.

Padrón de Beneficiarios: Relación de pacientes que sean atendidos en algún programa.

Salud: Es el equilibrio de bienestar físico, mental y social del individuo y no solo la ausencia de la enfermedad.

SIGO: Sistema integrado de información gerencial operativa.

Transparencia: Sistema electrónico de acceso a la información pública.

Tratamiento: Acciones utilizadas para recuperar la salud.

Usuario: Persona que está recibiendo algún servicio de los programas.

V. RESPONSABILIDADES

1. Médico
 - 1.1 Impartir consulta médica de primer nivel.
 - 1.2 Referir al usuario a un segundo nivel si así lo requiere.
 - 1.3 Capturar en la hoja diaria a los usuarios.



Código
PR-DOP-SME-02 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Realizar la Consulta Médica en los Centros de Atención Infantil

VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Médico

1. Recepciona al usuario solicitando el documento oficial CURP, estudios de laboratorios no mayor a tres meses en el consultorio al momento de solicitar el ingreso del menor.
2. ¿El usuario cumple con todos los requisitos para su ingreso?
 - Si: Continúa a la actividad 3
 - No: Regresa a la actividad 1
3. Elabora el F-PR-CMC-01 "Formato Hoja Diaria de Consulta Externa".
4. Elabora el F-PR-CMA-01 "Formato Hoja Frontal de Expediente Clínico CADI".
5. Elabora el F-PR-INN-05 "Formato Historia Clínica".
6. Realiza revisión de los resultados y/o exploración física.
7. ¿El usuario se encuentra en condiciones de salud adecuadas para ingresar al servicio?
 - Si: Continúa a la actividad 8
 - No: Regresa a la actividad 3

Nota: Antes de regresar a la actividad 3 se ofrece tratamiento médico, Captura en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), y llena la Hoja de Referencia y Contrarreferencia", en caso necesario.

8. Permite ingreso en el área asignada por dirección.
9. Ingresa al CAI al usuario.
10. Supervisa la ingesta de alimentos de los usuarios.
11. Realiza rondas en las diferentes áreas.

Fin del procedimiento.

VII. INDICADOR

Indicador	Fórmula	Unidad de medida	Periodicidad	Meta
Promedio de Consultas Diarias por Médico en los Centros de Atención Infantil	$\text{Promedio} = \frac{((\text{Beneficiarios del año actual} + \text{Beneficiarios del año anterior}) / \text{Beneficiarios del año anterior}) * 100}{}$	Consultas	Trimestral	400

g
g
g

Código
PR-DOP-SME-02 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Realizar la Consulta Médica en los Centros de Atención Infantil

VIII. ANEXOS

Código	Nombre del anexo	Ubicación	AT*	AC*	PTC*	Disposición final
No Aplica	Diagrama de Flujo del Procedimiento para Realizar la Consulta Médica en Centro Asistencial de Desarrollo Infantil	SME	Indefinido	1 año	1 año	Eliminar
F-PR-CMA-01	Formato Hoja Frontal de Expediente Clínico CAI	SME	3	3	6 años	Eliminar
F-PR-INN-05	Formato Historia Clínica	SME	3	3	6 años	Eliminar
F-PR-CMC-01	Formato Hoja Diaria de Consulta Externa	SME	3	3	6 años	Eliminar
No aplica	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)	SME	3	3	6 años	Archivo Histórico
No aplica	Hoja de Referencia y Contrarreferencia	SME	3	3	6 años	Eliminar

*AT= Archivo de trámite; AC= Archivo de concentración; PTC= Plazo total de conservación.

Handwritten signature



Código
PR-DOP-SME-02 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Realizar la Consulta Médica en los Centros de Atención Infantil

IX. CONTROL DE CAMBIOS

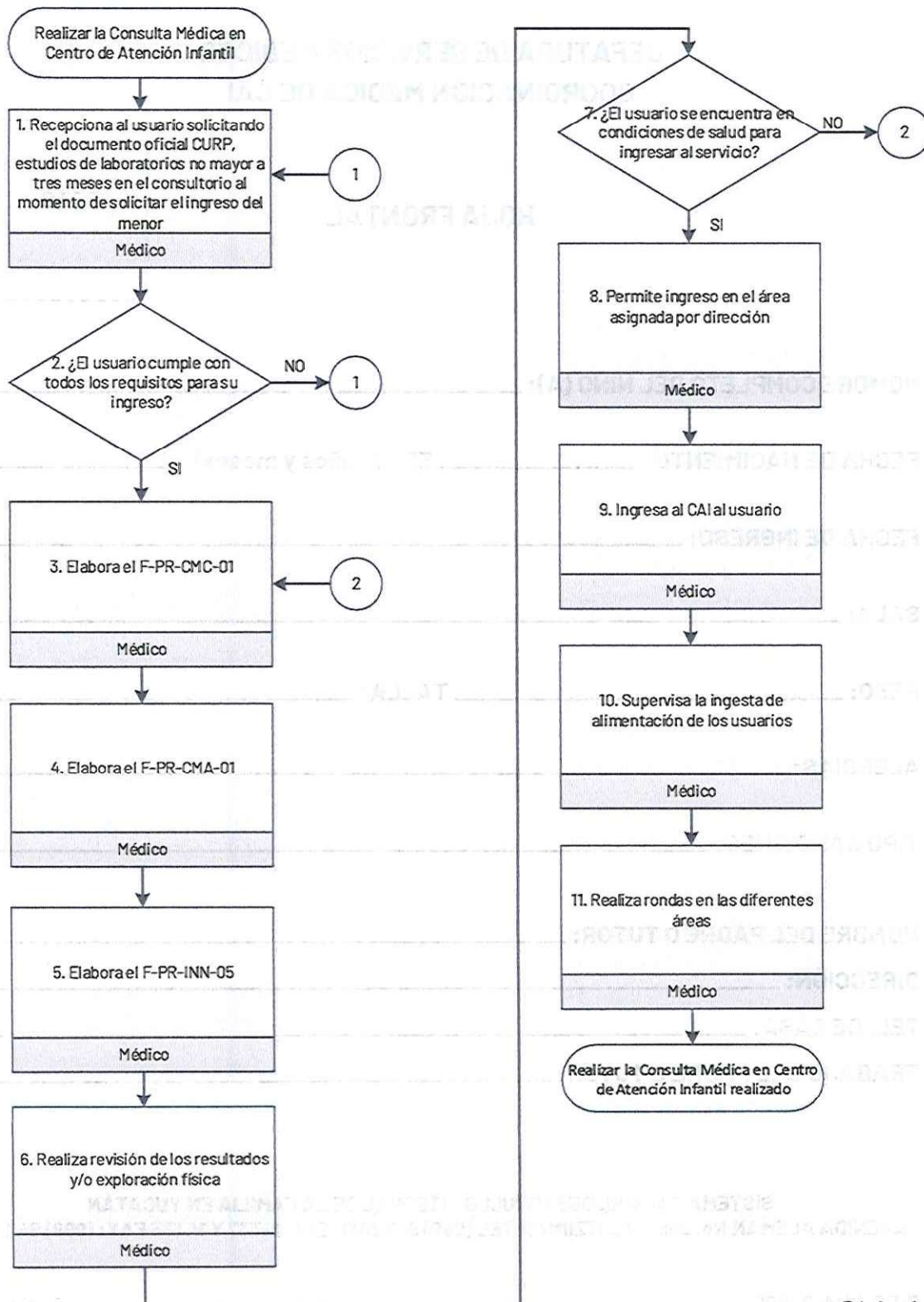
Fecha	Número de revisión	Actividad
30/01/2020	00	Generación del documento.

X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Autorizó

Lic. Mariana Gaber Fernández-Montilla
Directora Operativa del Sistema para el Desarrollo
Integral de la Familia en Yucatán

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Realizar la Consultas Médicas en Centro de Atención Infantil



Handwritten signature and initials in blue ink.



**JEFATURA DE SERVICIOS MÉDICOS
COORDINACIÓN MÉDICA DE CAI**

HOJA FRONTAL

FOTO

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO (A): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD (años y meses):** _____

FECHA DE INGRESO: _____

SALA: _____

PESO: _____ **TALLA:** _____

ALERGIAS: _____

TIPO SANGUINEO: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

DIRECCIÓN: _____

TEL. DE CASA: _____

TRABAJO DEL PADRE O TUTOR: _____

[Handwritten signature]

Formato Historia Clínica

Fecha de identidad: _____ CAI: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad _____ Sexo _____

Dirección _____

Nombre de la madre _____ Tel: _____

Nombre del padre _____ Tel: _____

Fecha de ingreso _____

Antecedentes heredofamiliares _____

Antecedentes personales no patológicos

Condiciones de la vivienda _____

Ocupación del padre _____

Ocupación de la madre _____

Perinatales

Control prenatal _____ Número de embarazos _____

Posición fetal _____

Padecimientos o infecciones durante el primer trimestre _____

Tratamiento hormonal _____ Sangrado vaginal _____

Tipo y RH materno _____ Otros _____

CGP

l

Formato Historia Clínica

Nacimiento

Espontáneo _____ Conducido _____
Inducido _____ Forceps _____
Cesárea _____ Analgesia _____
Parto único _____ Eutócico _____
Al término _____ Otros _____

Neonatales

APGAR _____ 5 min _____ 10 min _____ Silverman _____
Llanto _____ Ictericia _____ Palidez _____
Complicaciones Perinatales _____ Defectos congénitos _____
Prematurez _____ Incubadora _____
Talla al nacer _____ Peso al nacer _____
Gpo. Y RH _____ Tamiz neonatal _____

Alimentación

Seno materno _____ Complementario _____
Ablactación _____ Otro tipo de leche _____
Alimentación forzada _____ Alimentación actual _____

Desarrollo psicomotor

Fijó la Mirada _____ Sostuvo la cabeza _____
Se sentó solo _____ Gateó _____
Primeros Pasos _____ Primeras Palabras _____
Control de Esfínteres _____ Higiene Personal _____
Calidad de Alimentación _____ Actividad Física _____

Handwritten blue ink marks on the right margin, including a large stylized signature and a smaller mark below it.

Formato Historia Clínica

Hábito y conducta

Baño y cambio de ropa _____

Lavado de dientes _____

Terros nocturnos _____

Chupa _____

Conducta social _____

Inmunizaciones

Pentavalentes _____ Influenza B _____

DPT _____ BCG _____

Triple viral _____ Hepatitis B _____

Otras _____

Antecedentes personales patológicos

Sarampión _____ Varicela _____ Rubeola _____

Parotiditis _____ Tuberculosis _____ bronquitis _____

Neumonía _____ Amigdalitis _____ Alergias _____

Alergias a medicamentos _____

Alergias alimentos _____

Parasitosis _____ Diarreas frecuentes _____ Cirugías _____

Problemas de lenguaje _____

Hospitalizaciones _____

Examen de aparatos y sistemas

Peso _____ Talla _____ PC _____

PT _____ Temperatura _____ IMC: _____ FC: _____ FR: _____

Piel y anexos _____

Handwritten signature

Formato Historia Clínica

Cráneo _____
Ojos _____
Oídos _____
Nariz _____
Boca y faringe _____
Cuello _____
Cardiovascular _____
Respiratorio _____
Abdomen _____
Genitales _____
Ext. Superiores _____
Ext. Inferiores _____
Columna _____

Médico _____

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten mark in blue ink.

CIP

Grupo	Diagnóstico y Código OIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo												Total										
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 y >		Total
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR	OTRAS HELMINTIASIS B55-B57, B70-B78, B79, B81-B83 excepto B73 y B75	14																							
	ABSSESO HEPÁTICO AMEBIANO A98.4	03																							
	OTRAS SALMONELLOSIS A02	177																							
	FIEBRE PARATIFOIDEA A01.1-A01.4	178																							
	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (*) A15-A16	19																							
	OTITIS MEDIA AGUDA H95.0-H95.1	18																							
	FARINGITIS Y AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICAS J02.0, J01.0	15																							
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS J00-J04, J01, J02 EXCEPTO J02.0 Y J03.0	16																							
	NEUMONÍAS Y BRONCOINFECCIONES J12-J18 EXCEPTO J18.2, J13 y J14	17																							
	SÍFILIS CONGÉNITA (*) A50	02																							
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	SÍFILIS ADQUIRIDA A51-A53	25																							
	INFECCIÓN GONOCÓCICA DEL TRACTO GENITOURINARIO A54.0-A54.2	23																							
	LINFOGRAVILOMA VENEREO POR CLAVIDIAS A55	24																							
	CHAICO BLANCO A57	21																							
	TRICOMONIASIS UROGENITAL A59.0	23																							
	HERPES GENITAL A62.0	22																							
	CANDIASIS UROGENITAL B57.3-B57.4	23																							
	VULVOVAGINITIS N18	110																							
	INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR VIH (*) J21	69																							
	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (*) B03-B04	07																							
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR	DENGUE NO GRAVE (*) A97.0, A97.9	27																							
	DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA (**) A97.1	169																							
	DENGUE GRAVE (***) A97.2	69																							
	PALUDISMO por <i>Plasmodium falciparum</i> (***) B50	78																							
	PALUDISMO por <i>Plasmodium vivax</i> (*) B51	28																							
	ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA (*) A82.2	68																							
	FIEBRE AMARILLA (***) A65	77																							
	FIEBRE MANCHADA (***) A77.0	81																							
	FIEBRE DEL GESTE DEL NILO (***) A92.3	504																							
	PESTE (***) A30	78																							
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR	TIFO EPIDÉMICO (*) A75.0	176																							
	TIFO MURINO (***) A75.2	60																							
	ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA (**) A92.0	145																							
	OTRAS RICKETTSIOSIS (*) A79	160																							
	INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA (***) U00.9	183																							
	FIEBRE POR VIRUS MAYARO (**) A92.6	183																							

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (**) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (***) ESTUDIO DE BROTE



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PEMEX
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve una copia

Unidad: _____ CLUES: _____
 Localidad: _____ de: _____ de 20 _____
 Institución: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 EPI Clave _____
 Municipio: _____ Jurisdicción: IMSS-Prospera 5 SEDENA 8 SEMAR 9
 Otras (especificar) 4 DIF 6 PEMEX 7

Grupo	Diagnóstico y Código CIE10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo												Total										
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24			25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ZOOZOSIS	BRUCELOSIS (+ #) A23	26																							
	LEPTOSPIROSIS (+ #) A27	102																							
	RABIA HUMANA (+ # #) A62	31																							
	OSTIOPOROSIS B69	50																							
	TENASIS B69	12																							
	TRIQUINOSIS B76	103																							
	ESCARLATINA A38	34																							
	ERISPELA A48	35																							
	TUBERCULOSIS OTRAS FORMAS (+) A17.1, A17.8, A17.9, A18, A19	45																							
	LEPRA (+) A30	73																							
HEPATITIS VIRICA C B17.1, B18 2	101																								
OTRAS HEPATITIS VIRICAS B17, B19 excepto B17.1, B18 2	35																								
CONJUNTIVITIS H10	173																								
ESCARLOSIS B68	43																								
CONJUNTIVITIS EPIDÉMICA AGUDA HEMORRÁGICA (H) B53.3	30																								
MAL DEL PINTO A07	72																								
MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA (+ #) B60.2	68																								
TOXOPLASMOZIS B59	105																								
TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS) AGUDA (+ #) B57.C B57.1	168																								
TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS) CRÓNICA (+ #) B57.2 B57.5	187																								
INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (+ #) S0C	181																								
ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA (+ #) A98 4	182																								
LEISHMANIASIS VISCERAL (+ #) B55.0	144																								
LEISHMANIASIS CUTÁNEA (+ #) B55.1	145																								
ONCOERCOSIS (+) B13	69																								
TRACOMA (+) A71	74																								
ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (+ #) U97	84																								
PARALISIS FLUJIDA AGUDA (+ #) U98	66																								
SINROME COQUELUCHOIDE (+ #) U99	83																								

(*) ESTUDIO DE BROTE

(*) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA

C. G. P.

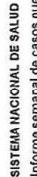
60-64

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a. Revisión	EPI Glave	Número de casos según grupo de edad y sexo																					TOTAL								
			< de 1 año		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-44		45-49		50-59		60-64		65 y >		Total							
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		F	M	F	M	F			
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES NO TRANSMISIBLES	SINDROME HELNICO (*) G00-G03 excepto G00.0, G00.1	41																														
	SINDROME DE VÍAS URINARIAS N03, N34, N39.0	110																														
	BOCO ENDÉMICO E01	48																														
	DIABETES MELITUS INSULINODEPENDIENTE (TIPO I) E10	127																														
	DIABETES MELITUS NO INSULINODEPENDIENTE (TIPO II) E11-E14	49																														
	DIABETES MELITUS EN EL EMBARAZO O N4.4	139																														
	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL F100	112																														
	FIEBRE REUMÁTICA AGUDA I00-102	48																														
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL I10-I15	47																														
	ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN I20-I25	51																														
	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR I60-I87, I69	52																														
	ASMA J45, J49	54																														
	GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL K05	128																														
	ÚLCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS K25-K29	109																														
	ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO K70 EXCEPTO K70.3	111																														
	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS T60	57																														
	INTOXICACIÓN POR POZONA DE ANIMALES T83, X21, X27, EXCEPTO T83.2	58																														
	INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRÁN T83.2, X22	64																														
	EDEMA, PROTEINURIA Y TRANSITORIOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO O10-O18	107																														
EVENTOS SUPURBENTAMENTE ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN (E5AV) (*+)	91																															
HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA N40	161																															
HIPOTERMIA T68	152																															
INSURGENCIA VENOSA PERIFÉRICA I87.2	109																															
INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (*) T68	153																															
CONTACTO TRAUMÁTICO CON AVISPAS, AVISPONES Y ABEJAS X23	174																															
QUEMADURAS T20-T32	125																															
CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA K70.3	150																															
EFFECTOS DEL CALOR Y DE LA LUZ T67, X00	148																															
DESINUTRICIÓN LEVE E44.1	114																															
DESINUTRICIÓN MODERADA E44.0	115																															
DESINUTRICIÓN SEVERA E43-E43	118																															
OBESIDAD E68	135																															
ANOREXIA, BILIURIA Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS F50	155																															
NUTRICIÓN																																

(*) ESTUDIO DE BROTE

(*) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA



Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

SUIVE-1-2019

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve una copia

Unidad: _____ Claves: _____ de 20 _____ SEMAR 9

Localidad: _____ de _____ SEMAR 8

Institución: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 EPI Clave _____

Municipio: _____ de _____ SEMAR 7

Otras (especificar) 4 IMSS-Prepara 5 DIF 6 PEMEX 7

Jurisdicción: _____ de _____ SEMAR 6

Semana No. _____ de _____

Clave Unidad SUIVE: _____ de _____

Edad o Delegación: _____

Grupo	Diagnóstico y Código CIE10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo												Total											
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24			25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
DISPLASIAS Y NEPLASIAS	TUMOR MALIGNO DE LA MAMIA C50	119																								
	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO (*) C53	97																								
	DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA (*) N87.0.N87.1	117																								
	DISPLASIA CERVICAL SEVERA Y CACU IN SITU (*) N87.2.D00	118																								
DEFECTOS AL NACIMIENTO	ENCEFALOCELE (*) Q01	129																								
	ESPIÑA BÍFIDA (*) Q05	130																								
	LABIO Y PALADAR HENDIDO Q35-Q37	131																								
	MICROCEFALIA (*) Q02	184																								
	ANENCEFALIA (*) Q00	99																								
ENFERMEDAD DE SALUD LOGICAS Y MENTAL	DEPRESIÓN R32	169																								
	ENFERMEDAD DE PARKINSON G20	170																								
	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER G30	171																								
ACCIDENTES	PEATÓN LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE V01-V09	123																								
	ACCIDENTES DE TRANSPORTE EN VEHICULOS CON MOTOR V20-V29, V40-V79	124																								
	MORDEDURAS POR PERRO W54	128																								
	MORDEDURAS POR OTROS MAMÍFEROS W65	132																								
	MORDEDURA POR SERPIENTE X03	133																								
	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y07-D/Y07-Z	122																								
	HERIDA POR ARMA DE FUEGO Y PUÑIZOCORTANTES W32-W34	172																								
OTRAS ENFERMEDADES DE INTERÉS LOCAL Y/O REGIONAL																										

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (#) ESTUDIO DE BROTE

CGF

CCP

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	ERI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																Total	TOTAL									
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49				50 - 59		60 - 64		65 y >		Ign.		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F	M	F	M	F	M	F	M

OTRAS ENFERMEDADES DE INTERÉS LOCAL Y/O REGIONAL

Note: Se debe notificar inmediatamente la presencia de brotes o epidemias de cualquier enfermedad, urgencias o emergencias epidemiológicas y desastres, así como los eventos que considere necesario incluir el Órgano Normativo. Las claves U97 a U99 son códigos provisionales utilizados por el CEMECE y la Vigilancia Epidemiológica, esas causas y sus códigos deberán ser modificados luego de los resultados de la investigación o estudio epidemiológico.

Vo. Bo. DEL EPIDEMIÓLOGO _____ HOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR _____

