



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE MÉXICO.**



**FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y
ZOOTECNIA.**

NORMATIVIDAD DEL REPORTE OFICIAL DE CASOS

Unidad de aprendizaje: Salud Pública

Benjamín Valladares Carranza



México, siendo un país miembro de la OMS requiere de la participación de los Servicios Estatales de Salud (SESA) para hacer frente a todos los riesgos urgentes

de enfermedades Internacionales en especial las emergentes y reemergentes, por lo que todo "evento de importancia internacional urgente, relacionado con la salud pública" tendrá que notificarse, si cumple con alguno de los criterios siguientes:

- **Potencial elevado de propagación fuera de la comunidad o el país**
- **Razón de letalidad inesperadamente Alta.**
- **Evento extraño o inesperado.**



- **Posibilidad de que se impongan barreras al comercio o tráfico por otros países.**
- **Presentación del evento en una zona de alta densidad de población urbana.**
- **Posibilidad significativa del transporte internacional de personas infectadas o de productos y medios de transporte contaminados.**
- **Posibilidad significativa de transporte de vectores.**

Notificación Semanal
(SUAVE)

Influenza

Notificación
Inmediata

Vigilancia
Epidemiológica

EDA - NuTraVE

Cólera

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINAVE)

El SINAVE debe realizar estudios especiales de investigación, encuestas

epidemiológicas, encuestas centinelas, vigilancia epidemiológica activa y todas aquellas actividades que sean necesarias, a efecto de contar con elementos de apoyo para aquellas situaciones donde sea necesario implementar estrategias adicionales al subsistema de información.

Visite la página de epidemiología: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>

IMPORTANTE

Para cualquier duda, comentario e incidencia en la operación de los sistemas favor de reportarlo al teléfono: (0155) 5337-1702 y/o a los correos electrónicos: mesadeservicio@dgepi.salud.gob.mx o plataforma@dgepi.salud.gob.mx
En un horario de atención de Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00hrs.

De acuerdo con la situación epidemiológica local, regional y nacional se establecerán subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica para padecimientos, eventos o emergencias.

De acuerdo con los niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud (SNS), de otras instancias comunitarias y del ámbito geográfico, la aplicación del SINAVE se ejerce a través de los siguientes niveles:

a) Operativo (local): en la cual se otorgan los servicios de atención a la salud de la población y se instrumentan acciones a cargo de las unidades de salud y otras instancias técnicas y administrativas, principalmente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Regulación Sanitaria.



- b) Jurisdiccional o zonal (municipal):** entidad técnica administrativa de carácter regional, dentro de las entidades federativas, que tiene como responsabilidad otorgar servicios de salud a la población abierta en su área de circunscripción y coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito de competencia.
- c) Estatal (delegacional o intermedio o regional):** estructura orgánica y funcional responsable de la operación de los servicios de salud en el ámbito geográfico y político de una entidad federativa, cuya infraestructura se organiza en Jurisdicciones Sanitarias.

- **Nivel delegacional, a la instancia o nivel técnico-administrativo, que en las instituciones de Seguridad Social, tiene competencia jerárquica sobre los servicios y la organización de una región geográfica determinada.**

- **Nivel intermedio, a la estructura orgánica que en la Secretaría de Salud corresponde al nivel estatal y, en los Servicios de Seguridad Social, al nivel Delegacional.**
- **Nivel zonal, al nivel técnico-administrativo, con un área geográfica definida y características epidemiológicas similares (NOM-017-SSA2-1994).**
- **Nivel central, a la estructura administrativa de la Secretaría o de las instituciones del SNS**
- **Nivel técnico-normativo, cuya ubicación está en la capital del país y la cual tiene competencia jerárquica sobre todos los servicios distribuidos en el territorio nacional.**

d) Nacional: la instancia o nivel técnico-administrativo máximo del SNS y de los organismos que lo integran, cuyo ámbito de competencia comprende a los servicios y su organización en todo el territorio nacional.

La información generada por el SINAVE, tiene uso epidemiológico, estadístico y de salud pública; por tanto, su manejo debe observar los principios de confidencialidad y reserva.



DEFINICIONES



CASO: Persona o animal identificada en la población o un grupo de estudio, que tiene una enfermedad, una alteración en el estado de salud o una condición bajo investigación

BROTE: Es la presencia de uno o más casos de la misma enfermedad en un área geográfica determinada, en el mismo periodo de tiempo y que guardan relación entre sí (NOM 046-ZOO-1994).

FOCO DE INFECCIÓN: Lugar donde concurren los factores apropiados para la transmisión de una determinada enfermedad infecciosa, con la adecuada proporción de personas o animales infectadas o de reservorios.

DIVISIÓN DEL ESTUDIO DE LOS PADECIMIENTOS O EVENTOS OBJETO DE VIGILANCIA

- **Caso sospechoso** → persona en riesgo que por razones epidemiológicas es susceptible y presenta sintomatología inespecífica del padecimiento.
- **Caso probable** → presenta síntomas sugerentes de la enfermedad o evento bajo vigilancia.
- **Caso confirmado** → cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares o presenta síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia.
- **Caso compatible** → por defecto en los procedimientos de vigilancia no es posible precisar el diagnóstico en un estudio.
- **Caso descartado** → no es causado por la enfermedad que se ha estado estudiando, presenta síntomas de otro padecimiento.



CLASIFICACIÓN DE LOS PADECIMIENTOS DE ACUERDO A SU TRASCENDENCIA

- **Notificación Inmediata:** comunicación que debe realizarse por la vía más rápida disponible, transmitiendo los datos en las formas de Notificación Inmediata de Caso, Notificación de Brote, Notificación Inmediata de Defunción y sus equivalentes institucionales, o bien, en los formularios específicos, así como informes o comunicados especiales. La notificación o comunicación se recibirá en la representación nacional del Órgano Normativo antes que transcurran 24 horas de que se tenga conocimiento por el notificante o el informante de la ocurrencia del padecimiento o evento.

Algunas enfermedades de esta clasificación son: Poliomielitis, Parálisis Flácida Aguda, Sarampión, Difteria, Fiebre Amarilla, Peste, Rabia Humana, Influenza, Dengue (NOM-017-SSA2-1994).

La notificación inmediata debe realizarla la fuente de información a la Unidad de Vigilancia y ésta, a su vez, al nivel inmediato superior, de acuerdo con los niveles técnico-administrativos del SNS, y en forma directa y simultánea, a la representación nacional del órgano normativo del SINAVE.

- **Notificación Diaria:** es objeto de notificación diaria, la ausencia o presencia de cualquier padecimiento que se defina por la representación nacional del órgano normativo, por su importancia, trascendencia o impacto epidemiológico. Ejemplo: Cólera.

- **Notificación Semanal:** padecimientos clasificados como caso sospechoso probable, confirmado y compatible. Se utiliza un formato llamado “Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedad”
 - La notificación semanal debe ser realizada por todas las instituciones del SNS, y seguir los lineamientos establecidos.
 - Enfermedades prevenibles por vacunación: sarampión, tétanos, rubeola.
 - Enfermedades infecciosas y parasitarias del A. Digestivo: Cólera, Amibiasis.
 - Enfermedades Infecciosas del A. Respiratorio: Neumonías, Influenza.
 - Enfermedades de Transmisión Sexual: Sífilis, SIDA, Chancro.

- **Enfermedades Transmitidas por Vectores: Dengue, Encefalitis Equina Venezolana.**
- **Zoonosis: Rabia, Brucelosis, Leptospirosis Humana.**

- **Otras enfermedades:**
- **Enfermedades Exantemáticas: Varicela, Escarlatina.**
- **Enfermedades Transmisibles: Hepatitis.**
- **Enfermedades no Transmisibles: Hipertensión Arterial.**
- **Enfermedades de interés Local, Regional o Institucional: Oncocercosis, Tracoma, Enfermedad de Chagas.**

La notificación semanal a través de las Unidades de Vigilancia hasta su llegada o recepción por el Órgano Normativo del SINAVE, no debe rebasar las dos semanas a partir del último día de la semana sobre la que se informa, para lo cual el llenado

y envío de la correspondiente a las unidades de salud, se ajustará a la siguiente programación:

- El nivel local recibe información durante la semana, la concentra, analiza e interpreta, llena la forma respectiva el día lunes y la envía el martes de la siguiente semana a la que se informa.**

El envío se hará por la vía más rápida disponible.

El nivel intermedio (jurisdiccional) recibe la información el martes o miércoles, la concentra en el programa de cómputo vigente por el órgano normativo que elabora informes, valida, analiza e interpreta, genera el archivo semanal

correspondiente del nivel jurisdiccional en medio magnético y lo envía el viernes, por la vía más rápida.

- ✓ **El nivel estatal (delegacional) recibe la información el viernes o lunes, la concentra en el programa de cómputo vigente establecido por el órgano normativo, elabora reportes, valida, analiza e interpreta; genera el archivo semanal correspondiente del nivel estatal en medio magnético que incluya la información concentrada del Sistema Estatal de Salud y lo envía a más tardar el día miércoles antes de las 11:00 horas, tiempo del centro, por la vía más rápida.**

- **Notificación Mensual: padecimientos o eventos establecidos por el órgano normativo y aquellos que se incluyan en los subsistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica.**

Son de notificación mensual los padecimientos o eventos establecidos por el órgano normativo y aquellos que se incluyan en los Subsistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica como se establece en el numeral 12 de esta NOM, así como cualquier otro padecimiento que se defina en el futuro por la representación del órgano normativo, por su importancia o impacto epidemiológico.

- **Notificación Anual:** rectificar y ratificar notificación inmediata, semanal, mensual., analizando en conjunto entre los grupos interinstitucionales de Vigilancia en cada nivel técnico administrativo y el órgano normativo.

Anualmente debe realizarse un concentrado de los casos de todos los padecimientos, eventos y circunstancias sujetos a vigilancia, con el propósito de rectificar o ratificar la información proporcionada a través de la notificación inmediata, diaria, semanal y mensual durante el año.

La notificación anual debe analizarse en conjunto entre los Grupos Interinstitucionales de Vigilancia de cada nivel técnico administrativo, y el órgano normativo (NOM-017-SSA2-1994).



INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN



El SUIVE es el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

- **“Informe Semanal de Casos Nuevos” SUIVE-1-2003**
- **“Notificación y Estudio Epidemiológico de Caso” SUIVE-2-2003**
- **“Formato de Estudio de Brote” SUIVE-3-2003**



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIZOOTIOLÓGICA (SIVE) - NOM-046-ZOO-1995.

Es de observancia obligatoria en todo el país, tiene por objeto establecer las características, criterios, procedimientos y operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epizootiológica.

Se especifican los criterios para la vigilancia epizootiológica de enfermedades y plagas, o algún evento o emergencia que afecte o ponga en riesgo la salud animal.

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma le corresponde a la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), a los gobiernos de los estados en las entidades federativas y del Distrito Federal.

La aplicación de las disposiciones esta Norma compete a la Dirección General de Salud Animal (DGSA), así como a las delegaciones estatales de la SAGARPA.

Todos los MVZ, unidades de verificación, organismos de certificación, laboratorios de Dx, rastros, sitios para ferias y exposiciones, así como cualquier persona física o moral que esté vinculada con el manejo, comercialización y explotación de animales, sus productos y subproductos y público en general, estarán sujetos a las disposiciones de la Norma.

ANTECEDENTES

- **NOM-001-ZOO-1994.** Campaña Nacional contra la Varroasis de las Abejas.
- **NOM-003-ZOO-1994.** Criterios para la operación de laboratorios de pruebas aprobados en materia zoosanitaria.
- **NOM-005-ZOO-1993.** Campaña Nacional contra la Salmonelosis Aviar.
- **NOM-007-ZOO-1994.** Campaña Nacional contra la Enfermedad de Aujeszky.
- **NOM-013-ZOO-1994.** Campaña Nacional contra la Enfermedad de Newcastle, presentación velogénica.
- **NOM-018-ZOO-1994.** Médicos veterinarios aprobados como unidades de verificación facultados para prestar servicios en materia zoosanitaria.
- **NOM-019-ZOO-1994.** Campaña Nacional contra la Garrapata *Boophilus* spp.



- **NOM-031-ZOO-1995. Campaña Nacional contra la Tuberculosis Bovina (*Mycobacterium bovis*).**
- **NOM-037-ZOO-1995. Campaña Nacional contra la Fiebre Porcina Clásica.**
- **NOM-041-ZOO-1995. Campaña Nacional contra la Brucelosis en los Animales.**
- **NOM-044-ZOO-1995. Campaña Nacional contra la Influenza Aviar.**
- **NOM-011-SSA2-1993. Para la prevención y control de la rabia.**



- **La vigilancia epizootiológica es el conjunto de actividades que permite reunir información indispensable para identificar y evaluar el curso de las enfermedades, detectar y prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones en los factores condicionantes o determinantes, con el fin de recomendar oportunamente, con bases científicas, las medidas indicadas para su prevención, control y erradicación (NOM 046-ZOO-1994).**



- **El SIVE tiene por objeto obtener información oportuna, uniforme, completa y confiable, referente a las enfermedades en las poblaciones animales, a partir de notificación generada por diferentes servicios de salud animal a nivel operativo, intermedio y central o sus equivalentes institucionales, para ser utilizada en la planeación, implementación y evaluación de las actividades de diagnóstico, así como los programas de prevención, control, erradicación y para el reconocimiento y mantenimiento de regiones libres de enfermedades y plagas en los animales.**

Los niveles de aplicación del SIVE, según su ámbito geográfico, son: Local, Municipal, Distrital, Delegacional, Regional y Nacional.

El SIVE clasifica sus padecimientos de acuerdo a su magnitud e impacto zoonosanitario, económico, de comercialización y en algunos casos, de salud pública de la manera siguiente:

Grupo 1. Enfermedades exóticas de notificación inmediata obligatoria.

Grupo 2. Enfermedades endémicas o epidémicas de notificación inmediata obligatoria.

Grupo 3. Enfermedades endémicas de reporte obligatorio mensual (NOM-046-ZOO-1994).

OPERACIÓN DEL SIVE

Consta de 3 procesos básicos:

- **Notificación** → es el proceso más importante, la notificación oportuna deriva en la resolución rápida y favorable de un problema zoonosario.

La notificación de enfermedades a la Secretaría es una obligación para aquellas personas que están relacionadas en mayor o menor grado con la explotación, producción, sacrificio, proceso, comercialización, transporte o venta de animales, sus productos y subproductos.

Integrada por 3 niveles:

- a) Notificadores:** identifican la posibilidad o confirman un problema de enfermedad.
- b) Receptores:** nivel medio de comunicación, tienen la responsabilidad de recibir la notificación (escrito, personalmente, fax, teléfono, radio).
- c) Secretaría:** autoridad competente e instancia final del proceso de notificación y registro de un problema sanitario.

- **Seguimiento** → es el proceso de acción en campo, en el área o zona afectada. Demanda estrecha coordinación entre los participantes: SAGARPA, DGSA, MVZ de seguimiento y el Laboratorio de Diagnóstico.

- **Cierre** → proceso final de cada evento y se debe aplicar cuando se tiene la seguridad de que ya no existe riesgo zoonosario, el responsable es la SAGARPA y sus funciones son:
 - a. **Recibir información del MVZ de Seguimiento respecto al cierre del caso.**
 - b. **Comunicar oficialmente al propietario o responsable de los animales, en donde se presentó el caso, indicando las medidas zoonosarias pertinentes para el cierre del caso y las recomendaciones que procedan.**
 - c. **Informar a la DGSA.**



FORMATOS DE RECOLECCIÓN



- **SIVE 01: NOTIFICACIÓN**
- **SIVE 02: ENVIO DE MUESTRAS AL LABORATORIO E INVESTIGACIÓN EPIZOOTIOLÓGICA**
- **SIVE 03: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DEL LABORATORIO.**

IDENTIFICACION		Especie	D.D.R.	Estado	Consecutivo
FECHA		Día	Mes	Año	
I. DATOS DEL NOTIFICADOR					
2. NOMBRE				TELEFONO	
Apellido paterna		Apellido materna		Nombre (r)	
Lado		Número			
1. PROPIETARI	<input type="checkbox"/>	ENCARGADO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
Especifique					
3. DOMICILIO:					
Calle o equivalente		Número	Localidad/Colonia	C.P.	Delegación/Municipio
Estado					
4. RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION					
Apellido paterna		Apellido materna		Nombre (r)	
5. MVZ	<input type="checkbox"/>	ING. AGRON.	<input type="checkbox"/>	TEC. PECUAR.	<input type="checkbox"/>
Lado		Número			
Especifique					
6. DOMICILIO:					
Calle o equivalente		Número	Localidad/Colonia	C.P.	Delegación/Municipio
Estado					
7. OFICIAL	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	AUTORIZADO	<input type="checkbox"/>
Lado		Número			
CORREO ELECTRONICO					
II. DATOS DE LA UNIDAD DE PRODUCCION PECUARIA					
8. NOMBRE COMPLETO:					
9. TIPO DE UNIDAD: <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> TRASPATIO <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> FIN ZOOTECNICO					
11. DOMICILIO:					
Calle o equivalente		Número	Localidad/Colonia	C.P.	Delegación/Municipio
Estado					
Lado		Número			
CORREO ELECTRONICO					
13. DATOS DE GEORREFERENCIACION (Lat. (N): Long. (W):					
* Adjuntar mapa indicando la ubicación de la explotación y cómo llegar a ella.					
12. CENSO AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION				13. SIGNOS:	
ESPECIES (S)	POBLAC. TOTAL		NO. ENFERMOS		NO. MUERTOS
	JOVENES	ADULTOS	JOVENES	ADULTOS	
14. FORMA DE PRESENTACION:					
SOBREAGUDA		<input type="checkbox"/>	AGUDA		<input type="checkbox"/>
CRONICA		<input type="checkbox"/>			
5. FECHA INICIO ENFERMEDAD		16. DURACION CUADRO CLINICO:		17. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:	
Día	Mes	Año	DIAS		
18. CASOS EN HUMANOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NUMERO <input type="text"/>			
PRINCIPALES SINTOMAS:					
19. ENVIO DE MUESTRAS A LABORATORIO		20. FECHA DE ENVIO		21. CONFIRMACION LABORATORIO	
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Día		Mes		Año	
Día		Mes		Año	
23. DATOS DEL LABORATORIO:					
NOMBRE:				TELEFONO	
Lado		Número			
24. DOMICILIO:					
Calle o equivalente		Número	Localidad/Colonia	C.P.	Delegación/Municipio
Estado					
III. DATOS DEL RECEPTOR DE LA NOTIFICACION OFICIAL					
25. NOMBRE				TELEFONO	
Apellido paterna		Apellido materna		Nombre (r)	
Lado		Número			
CORREO ELECTRONICO					
26. DEPENDENCIA:					
27. CARGO:					
28. MEDIO UTILIZADO: TELEFONO <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> OTRO MEDIO:					

SIVE 01: NOTIFICACIÓN



IDENTIFICACION

Deberá registrarse en el primer espacio (tabla rectangular en la parte superior derecha del formato) lo siguiente:

- Abreviatura de la especie afectada.
- No. de distrito de desarrollo rural.
- Abreviatura del estado.

Abajo del rectángulo anotar la fecha (día, mes y año).

En el último espacio anotar el número consecutivo.

I- DATOS DEL NOTIFICADOR

- 1- PROPIETARIO, ENCARGADO, OTRO- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda. En caso de "Otro", especificar.
- 2- NOMBRE- Escribir el nombre de la persona que notifica, iniciando por el apellido paterno, posteriormente el apellido materno y el(los) nombre(s).
- 3- DOMICILIO- Anotar en el renglón la calle, el número oficial, localidad o colonia, delegación o municipio, entidad federativa, código postal, el número telefónico incluyendo la clave lada y el correo electrónico.
- 4- RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION- Anotar el nombre del profesional responsable de la unidad de producción, iniciando por el apellido paterno, posteriormente el apellido materno y el(los) nombre(s).
- 5- MVZ, ING, TEC. PECUAR, AGRON, OTRO- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda. En caso de "Otro", especificar.
- 6- DOMICILIO- Anotar en el renglón la calle, número oficial, localidad o colonia, delegación o municipio, entidad federativa, código postal, el número telefónico incluyendo la lada y el correo electrónico.
- 7- OFICIAL, PARTICULAR, AUTORIZADO, APROBADO- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda. En caso de "Otro", especificar.

II- DATOS DE LA UNIDAD DE PRODUCCION PECUARIA

- 8- NOMBRE DE LA UNIDAD- Indicar el nombre o razón social de la unidad de producción.
- 9- TIPO DE EXPLOTACION- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda.
- 10- FIN ZOOTECNICO- Anotar en el renglón correspondiente.
- 11- DOMICILIO- Anotar en el renglón la calle, el número oficial, localidad o colonia, delegación o municipio, entidad federativa, código postal, el número telefónico incluyendo la clave lada y el correo electrónico.
- 12- CENSO AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION- Indicar por especie, en el momento de la notificación, el número total de animales existentes, animales enfermos y muertos. (Los muertos deben incluirse con los enfermos).
- 13- SIGNOS- Anotar la simbología correspondiente.
- 14- FORMA DE PRESENTACION- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda.
- 15- FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD- Anotar la fecha (día, mes y año).
- 16- DURACION DEL CUADRO CLINICO- Anotar el número de días.
- 17- DIAGNOSTICO PRESUNTIVO- Anotar el posible diagnóstico clínico.
- 18- CASOS EN HUMANOS- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda. Anotar el número de casos presentes al momento de la notificación, los signos observados y usar la simbología correspondiente.
- 19- ENVIO DE MUESTRAS AL LABORATORIO- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda.
- 20- FECHA DE ENVIO- Anotar la fecha (día, mes y año).
- 21- CONFIRMACION DE LABORATORIO- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda.
- 22- FECHA DE ENVIO- Anotar la fecha (día, mes y año).
- 23- DATOS DEL LABORATORIO- Anotar el nombre del laboratorio donde se enviaron las muestras.
- 24- DOMICILIO DEL LABORATORIO- Anotar su domicilio, incluyendo la calle, el número oficial, localidad o colonia, delegación o municipio, entidad federativa, código postal, el número telefónico incluyendo la clave lada y el correo electrónico.

III- RECEPCION DE LA NOTIFICACION

Esta información será anotada exclusivamente por el personal de la dependencia que reciba la notificación.

- 25- NOMBRE- Es el nombre de la persona que recibe la notificación, iniciando por el apellido paterno, entidad federativa, código postal, el número telefónico incluyendo la clave lada y el correo electrónico.
- 26- LADA, TEL Y CORREO ELECTRONICO- Anotar el número telefónico incluyendo la clave lada.
- 27- DEPENDENCIA Y CARGO- Anotar la dependencia a la que está adscrito, así como el cargo que desempeña.
- 28- MEDIO UTILIZADO- Señalar con una cruz en el cuadro que le corresponda. En caso de "Otro", especificar.



SIVE 01

Para llenado de este formato referirse al instructivo anexo al reverso de este formato

IDENTIFICACION	Especie	D.D.R.	Estado
FECHA			
	Día	Mes	Año

I. IDENTIFICACION DEL RESPONSABLE

DE LA INSTALACION ACUICOLA

1. NOMBRE COMPLETO: _____

2. TIPO DE RELACION: Apellido paterno Apellido materna Nombre (s)
 PROPIETARIO ENCARGADO OTRO: _____

3. DOMICILIO: Calle o equivalente Número Localidad/Colonia C.P. Delegación/Municipio Estado

TEL: Lada Número CORREO ELECTRONICO: _____

DE LA NOTIFICACION

4. NOMBRE COMPLETO: _____

5. PROFESION: BILOGO ING. EN ACUACULTURA OCEANOLOGO MEDICO VETERINARIO OTRO: _____ Describe

6. TIPO DE PERSONAL: OFICIAL AUTORIZADO/APROBADO PARTICULAR ORGANISMO AUX. (Comité) OTRO: _____ Describe

7. DOMICILIO: Calle o equivalente Número Localidad/Colonia C.P. Delegación/Municipio Estado

TEL: Lada Número CORREO ELECTRONICO: _____

II. IDENTIFICACION DE LA INSTALACION ACUICOLA

8. NOMBRE COMPLETO: _____

9. NIVEL DE APROVECHAMIENTO: EXTENSIVO SEMINTENSIVO INTENSIVO HIPERINTENSIVO

10. FUNCION U OBJETIVO PRODUCTIVO: MADURACION PRODUCCION DE LARVAS

MATERNIDAD ENGORDA OTROS: _____ Describe

11. ESTADIO: HUEVO NAUPLIO LARVAS POSTLARVAS CRIAS

ALEVIN OSTRILLA REPRODUCTORES OTROS: _____ Describe

12. DOMICILIO: Calle o equivalente Número Localidad/Colonia C.P. Delegación/Municipio Estado

TEL: Lada Número CORREO ELECTRONICO: _____

* Adjuntar mapa indicando la ubicación de la explotación y cómo llegar a:

13. DATOS DE GEORREFERENCIACION: Lat. (N): _____ Long. (W): _____

14. FUENTE(S) DE ABASTECIMIENTO DE AGUA: POZO MAR ABIERTO MANANTIAL

LAGUNA ESTUARINA PRESA RIO LLUVIA OTRO: _____

15. DESCRIPCION DE LA OBRA DE TOMA DEL AGUA: _____

16. INVENTARIO DE ESPECIES SUSCEPTIBLES AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION.

NOMBRE CIENTIFICO O COMUN	LOTE	FASE DE DESARROLLO	POBLACION TOTAL	NUMERO ENFERMOS	NUMERO MUERTOS

17. SIGNOS Y LESIONES MACROSCOPICAS: _____

**SIVE 01:
NOTIFICACIÓN
(acuáticos)**


FORMATO DE NOTIFICACION DE CASOS EN SANIDAD DE ESPECIES ACUATICAS
SIVE 01

Para llenado de este formato referirse al instructivo anexo al reverso de esta hoja.	IDENTIFICACION	Especie	D.D.R.	Estado
	FECHA			
		Día	Mes	Año

18. FORMA DE PRESENTACION:	SOBREAGUDA <input type="checkbox"/>	AGUDA <input type="checkbox"/>	SUBAGUDA <input type="checkbox"/>	CRONICA <input type="checkbox"/>
19. FECHA INICIO DE ENFERMEDAD:	20. DURACION DEL EVENTO AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION (HORAS O DIAS):			
Día	Mes	Año		
21. DIAGNOSTICO(S) PRESUNTIVO(S):				
22. SOSPECHA DE CASOS EN HUMANOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
23. PRINCIPALES SINTOMAS:				

TOMA Y ENVIO DE MUESTRAS

24. ENVIO DE MUESTRAS A LABORATORIO:	25. FECHA DE TOMA Y ENVIO	26. TIPO Y CANTIDAD DE MUESTRA:	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	TIPO	CANTIDAD
27. CONFIRMACION DE RECEPCION:	28. FECHA DE RECEPCION		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Día Mes Año		

DATOS DEL LABORATORIO DE DIAGNOSTICO

29. NOMBRE:							
30. DOMICILIO:							
Calle o equivalente	Número	Localidad/Colemia	C.P.	Deleg./Mpio.	Estado		
TEL:				CORREO ELECTRONICO:			
Lado	Número						

III. RECEPCION DE LA NOTIFICACION OFICIAL

31. NOMBRE COMPLETO:			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (r)	
32. DEPENDENCIA:			
33. CARGO:			
34. MEDIO UTILIZADO	TELEFONO <input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRONICO <input type="checkbox"/>	OTRO:
35. FECHA DE RECEPCION:			

36. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION
37. FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION

FORMATO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ESPECIES TERRESTRES
SIVE 02

SIVE 02: ENVIO DE MUESTRAS AL LABORATORIO E INVESTIGACIÓN EPIZOOTIOLÓGICA

Para llenado de éste formato referirse al instructivo anexo al reverso de

IDENTIFICACION	Especie	D.D.R.	Ertada	Canrocutiva
FECHA				
	Día	Mar	Año	

I. DATOS DEL NOTIFICADOR

1. RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION: _____

2. MVZ ING. AGRON. TEC. PECUAR. OTRO _____
Especifique _____

3. DOMICILIO: _____

4. OFICIAL Calle o equivalente _____ PARTICULAR Número _____ Localidad/Colegia C.P. _____ Delegación/Municipio Ertada _____
AUTORIZADO APROBADO TELEFONO: _____
Lada _____ Número _____

CORREO ELECTRONICO: _____

II. DATOS DE LA UNIDAD DE PRODUCCION PECUARIA

5. NOMBRE COMPLETO: _____

6. TIPO DE UNIDAD: TECNIFICADO TRASPATIO 7. FIN ZOOTECNICO: _____

8. DOMICILIO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO: _____
Lada _____ Número _____

* Adjuntar mapa indicando la ubicación de la explotación y cómo llegar a ella.

9. CENSO AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION						10. SIGNOS:	
ESPECIES (S)	POBLAC. TOTAL		NO. ENFERMOS		NO. MUERTOS		11. HALLAZGOS A LA NECROPSIA:
	JOVENES	ADULTOS	JOVENES	ADULTOS	JOVENES	ADULTOS	
12. FECHA DE NECROPSIA:		13. FECHA INICIO ENFERMEDAD:		14. DURACION CUADRO CLINICO:		15. FORMA DE PRESENTACION:	
Día _____ Mes _____ Año _____		Día _____ Mes _____ Año _____		DÍAS _____ SOBREGUDA <input type="checkbox"/> AGUDA <input type="checkbox"/> CRONICA <input type="checkbox"/>			
16. FECHA DE INVESTIGACION:		17. FECHA DE MUERTE:		18. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:			
Día _____ Mes _____ Año _____		Día _____ Mes _____ Año _____					
19. CASOS EN HUMANOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NUMERO _____		PRINCIPALES SINTOMAS:			

III. MUESTRAS ENVIADAS

20. FECHA DE RECOLECCION:		21. FECHA ENVIO:		22. NOMBRE LABORATORIO:					
Día _____ Mes _____ Año _____		Día _____ Mes _____ Año _____							
23. ESPECIE	24. NUMERO DE ANIMALES	25. TIPO DE MUESTRA	26. NUMERO DE MUESTRAS	27. CONSERVADOR	28. ESTUDIO LABORATORIO	29. RESULTADO	30. FECHA		

Página 1

IDENTIFICACION		Especie	D.D.R.	Estado	Consecutivo
FECHA		Día	Mes	Año	

Para llenado de éste formato referirse al instructivo anexo al reverso de

IV- ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DE PRODUCCION PECUARIA (UP)

31.MEDIDAS PREVENTIVAS APLICADAS:	32.TIPO DE ALIMENTACION:

33.CALENDARIO DE VACUNACION:

ENFERMEDAD	FECHA	No. DE ANIMALES	TIPO DE BIOLÓGICO	NOMBRE DE LABORATORIO

34.TRATAMIENTOS APLICADOS:

ENFERMEDAD	FECHA	PRODUCTOS	DOSES / CONCEN.	FRECUENCIA	DURACION

V- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD

35.PROBABLE FUENTE DE INFECCION:	36.MECANISMOS DE TRANSMISION:	37.CASOS ANTERIORES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		38.FECHA: Día Mes Año
39.CASOS EN UNIDADES DE PRODUCCION ADYACENTES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		40.FECHA: Día Mes Año
41.UBICACION DE LA(S) UP(S):		43.FECHA: Día Mes Año
42.CASOS EN LA REGION: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
44.UBICACION DE LA(S) UP(S):		

MOVILIZACION DE ANIMALES (ULTIMOS 30 DIAS)

45.INGRESOS:

ESPECIE	No. DE ANIMALES	SEXO	FECHA	PROCEDENCIA

46. EGRESOS:

ESPECIE	No. DE ANIMALES	SEXO	FECHA	DESTINO

47.FUENTE DE AGUA:

POZO		RIO		48.TIPO DE INSTALACIONES Y ALOJAMIENTO: (ANEXAR PLANO DE INSTALACION)
LAGUNA		AGUAJE		
CANAL		OTRO:		

49.DISPOSICION DE BASURAS:	50.DISPOSICION DE EXCRETAS:	51.CONTROL DE FAUNA NOCIVA:

Página 3

Para llenado de éste formato referirse al instructivo anexo al reverso de VI- MEDIDAS ZOOSANITARIAS APLICADAS	IDENTIFICACION	Especie	D.D.R.	Estado	Consecutivo
	FECHA				
		Día	Mes	Año	

MEDIDAS DE CONTROL

52. VACUNACION:

ENFERMEDAD	FECHA	No. ANIMALES	TIPO DE BIOLÓGICOS	NOMBRE DE BIOLÓGICO	LOTE

53. TRATAMIENTOS:

ENFERMEDAD	FECHA	PRODUCTOS	DOSIS / CONCEN.	FRECUENCIA	DURACION

54. CUARENTENA:	FECHA DE:	PRECAUTORIA	DEFINITIVA		55. TIPO DE PRODUCTO(S) CUARENTENADO(S):
			FOCAL	PERIFOCAL	
ANIMALES	INICIO				56. AISLAMIENTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	TERMINO				
PRODUCTOS	INICIO				57. OTRAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS:
	TERMINO				

SANEAMIENTO BÁSICO		58. LIMPIEZA			59. DESINFECCION		
LOCALES	FECHA	PRODUCTO	CONCENT.	FECHA	PRODUCTO	CONCENT.	
INSTALACIONES							
VEHICULOS							
MATERIAL / EQUIPO							

60. ELIMINACION	CANTIDAD	FECHA	METODO	61. SACRIFICIO DE ANIMALES:	SI	NO	NUMERO DE RASTRO
MATERIAL / EQUIPO				SE REALIZO EN:	UNIDAD PROD.		
EXCRETAS							
PRODUCTOS					ESPECIES		NUMERO
DESECHOS ORGANICOS							FECHA
FAUNA							
OTROS							

62. DISPOSICION DE CADAVERES: SI NO FECHA: / /

ENTERRAMIENTO: CREMACION: INDUSTRIALIZACION: OTRO:

VII- CIERRE DEL CASO

ESPECIES	64. NUMERO DE ENFERMOS				65. NUMERO DE MUERTOS				66. NUMERO DE SACRIFICADOS				63. POBLACION FINAL			
	JOVENES		ADULTOS		JOVENES		ADULTOS		JOVENES		ADULTOS		JOVENES		ADULTOS	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M

67- NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

Página 5



FORMATO DE INVESTIGACION DE CASOS EN SANIDAD DE ESPECIES ACUATICAS

SIVE 02

IDENTIFICACION

Especie	D.D.R.	Estado

FECHA

Día	Mes	Año

Para llenado de este formato referirse al instructivo anexo al reverso de esta hoja.

I. IDENTIFICACION DEL RESPONSABLE

DE LA INSTALACION ACUICOLA

1. NOMBRE COMPLETO: Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

2. TIPO DE RELACION: PROPIETARIO ENCARGADO OTRO: _____

3. DOMICILIO: Calle o equivalente Número Localidad/Colonia C.P. Delegación/Municipio Estado

TEL: Lada Número CORREO ELECTRONICO: _____

DE LA NOTIFICACION

4. NOMBRE COMPLETO: Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

5. PROFESION: BIOLOGO ING. EN ACUACULTUR OCEANOLOGO MEDICO VETERINARIO OTRO: _____
Describe

6. TIPO DE PERSONAL: OFICIAL AUTORIZADO/A PRUBADO PARTICULAR ORGANISMO AUX. (Comité) OTRO: _____
Describe

7. DOMICILIO: Calle o equivalente Número Localidad/Colonia C.P. Delegación/Municipio Estado

TEL: Lada Número CORREO ELECTRONICO: _____

II. IDENTIFICACION DE LA INSTALACION ACUICOLA

8. NOMBRE COMPLETO: _____

9. NIVEL DE APROVECHAMIENTO: EXTENSIVO SEMINTENSIVO INTENSIVO HIPERINTENSIVO

10. FUNCION U OBJETIVO PRODUCTIVO: MADURACION PRODUCCION DE LARVAS

MATERNIDAD ENGORDA OTROS: _____ Describe

11. ESTADIO: HUEVO NAUPLIO LARVAS POSTLARVAS CRIAS

ALEVIN OSTRILLA REPRODUCTORES OTROS: _____ Describe

12. DOMICILIO: Calle o equivalente Número Localidad/Colonia C.P. Delegación/Municipio Estado

TEL: Lada Número CORREO ELECTRONICO: _____

* Adjuntar mapa indicando la ubicación de la explotación y cómo llegar a ella

13. DATOS DE GEORREFERENCIACION: Lat. (N): _____ Long. (W): _____

14. FUENTE(S) DE ABASTECIMIENTO DE AGUA: POZO MAR ABIERTO MANANTIAL

LAGUNA ESTUARINA PRESA RIO LLUVIA OTRO: _____

15. DESCRIPCION DE LA OBRA DE TOMA DEL AGUA: _____

16. INVENTARIO DE ESPECIES SUSCEPTIBLES AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION

NOMBRE CIENTIFICO O COMUN	LOTE	FASE DE DESARROLLO	POBLACION TOTAL	% NUMERO ENFERMOS	% NUMERO MUERTOS

17. SIGNOS Y LESIONES MACROSCOPICA: _____

SIVE 02: ENVIO DE MUESTRAS AL LABORATORIO E INVESTIGACIÓN EPIZOOTIOLÓGICA (acuáticos)





FORMATO DE INVESTIGACION DE CASOS EN SANIDAD DE ESPECIES ACUATICAS

S I V E 02

Especie	D.D.R.	Ertada
Día	Mar	Año

IDENTIFICACION

FECHA

Para llenado de este formato referirse al instructivo anexo al reverso de esta hoja.

18.FORMA DE PRESENTACION: SOBREGUDA AGUDA SUBAGUDA CRONICA

19.FECHA INICIO DE ENFERMEDAD

Día	Mes	Año

20.DURACION DEL EVENTO AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION (HORAS O DIAS):

21.DIAGNOSTICO(S) PRESUNTIVO(S):

22.SOSPECHA DE CASOS EN HUMANOS: SI NO

23.PRINCIPALES SINTOMAS:

III. ANTECEDENTES DE LA INSTALACION ACUICOLA

24.MEDIDAS PREVENTIVAS APLICADAS: SI NO

25.DESCRIBALOS:

26.TRATAMIENTOS APLICADOS: SI NO

27.DESCRIBALOS:

PRODUCTO	DOSI O CONCENTRACION	FRECUENCIA	DURACION	FECHA

28.TIPO DE ALIMENTOS:

29.APLICACION DE AGENTES INMUNIZANTES:

NOMBRE COMPLETO DEL LABORATORIO	TIPO DE BIOLÓGICOS	NÚMERO DE ORGANISMOS	FECHA

IV. TOMA Y ENVIO DE MUESTRAS

30.FECHA DE COLECTA Día Mes Año	31.FECHA DE ENVIO Día Mes Año	32.FECHA DE RECEPCION Día Mes Año	33.FECHA DE RESULTADO Día Mes Año	34.LABORATORIO RECEPTOR (Nombre completo)

35.ESPECIE	36.NUMERO DE ORGANISMOS	37.TIPO DE MUESTRA	38.MEDIO CONSERVACION	39.TECNICA DIAGNOSTICA	40.RESULTADO



S I V E 02

IDENTIFICACION	Especie	D.D.R.	Estado
FECHA			
	Día	Mes	Año

Para llenado de este formato referirse al instructivo anexo al reverso de este

V. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD

41. PROBABLES FUENTES DE INFECCION:

42. PROBABLES MECANISMOS DE TRANSMISION:

OTROS POSIBLES CASOS RELACIONADOS

44. FECHA DEL ULTIMO

43. CASOS ANTERIORES: SI NO

Día Mes Año

Anejar el croquis con ubicación, fecha de estanques y cultivos afectados

OTROS POSIBLES CASOS RELACIONADOS

45. CASOS EN INSTALACIONES ACUICOLAS ADYACENTES: SI NO

46. NOMBRE COMPLETO DE LA INSTALACION	47. UBICACION	48. FECHA

49. CASOS EN INSTALACIONES ACUICOLAS EN LA REGION SI NO

Anejar el croquis con nombres, ubicación y fecha.

50. NOMBRE COMPLETO DE LA INSTALACION	51. UBICACION	52. FECHA

VI. MOVILIZACION DE ORGANISMOS EN EL CICLO PRODUCTIVO

ENTRADAS

53. ESPECIE	54. NUMERO DE ORGANISMOS	55. ESTADIO O TALLA	56. FECHA	57. PAIS O ESTADO DE ORIGEN	58. INSTALACION ACUICOLA DE PROCEDENCIA	59. IDENTIFICACION DE LOTE

SALIDAS

60. ESPECIE, PRODUCTO O SUBPRODUCTO	61. NUMERO DE ORGANISMOS O PESO	62. ESTADIO O TALLA	63. FECHA	64. PAIS O ESTADO DE DESTINO	65. INSTALACION DE DESTINO	66. IDENTIFICACION DE LOTE

VII. MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO DE DISPERSION

CUARENTENA

67. APLICACION DE CUARENTENA: SI NO PRECAUTORIA O PREVENTIVA DEFINITIVA O TOTAL

68. COBERTURA: ESTANQUES INSTALACION ACUICOLA

69. FECHA DE IMPLEMENTACION:

70. FECHA DE CONCLUSION:

Día Mes Año Día Mes Año

71. COSECHA O ELIMINACION DE ORGANISMOS ACUATICOS SI NO

72. DISPOSICION DE ORGANISMOS MUERTO: SI NO



SIVE 02

		IDENTIFICACION		Especie	D.D.R.	Estado
		FECHA				
				Día	Mes	Año

Para llenado de este formato referirse al instructivo anexo al reverso de este

73. DESCRIPCION DE ELIMINACION Y DISPOSICION DE ORGANISMOS ACUATIC

METODO DE ELIMINACION	METODO DE DISPOSICION	ESPECIE	% o NUMERO DE ORGANISMOS	LUGAR DE DISPOSICION	FECHA

VIII. METODOS DE BIOSEGURIDAD

Anejar el croquis de la Obra de Toma de la Instalación Acuicola.

74. DISPOSICION Y MANEJO DE AFLUENTES Y EFLUENTES DE AGUA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
75. DESCRIBALOS		
76. CONTROL Y MANEJO DE FAUNA NOCIVA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
77. DESCRIBALOS		
78. CONTROL DE PERSONAL INTERNO Y EXTERNO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
79. DESCRIBALOS		
80. CONTROL Y MANEJO DE INSUMOS Y MATERIALE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

81. LIMPIEZA, DESINFECCION Y ELIMINACION DE INSUMOS Y MATERIALES

MEDIO FISICO	INICIO DE PROCESO	PRODUCTO	CONCENTRACION	METODO APLICADO	FIN DE PROCESO
INSTALACIONES					
VEHICULOS					
MATERIAL					
EQUIPO					
DESECHOS ORGANIC					
OTRO:					

IX. CIERRE DE CASO

82. NOMBRE CIENTIFICO O COMUN	83. LOTE	84. FASE DE DESARROLL O	85. POBLACION FINAL	86. % O NUMERO ENFERMOS	87. % O NUMERO MUERTOS	88. % O NUMERO COSECHADOS	89. % O NUMERO ELIMINADOS

90. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

91. FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION



SAGARPA



FORMATO DE CIERRE DE FOCOS
SIVE 03

Lista de verificación de documentos para el cierre de focos de _____
en el estado de _____

Propietario: _____
Predio: _____
Domicilio: _____
C.P.: _____ Estado: _____ Tel: _____
Coordenadas geográficas _____

Concepto	Fecha	No.	Resultado	Observaciones
1. Formato SIVE 01				
2. Resultados de diagnóstico de laboratorio				
3. Oficio de Cuarentena definitiva				
4. Acta de despoblación o sacrificio				
5. Acta u oficio que indique el muestreo en la zona focal y perifocal				
6. Resultados (-) de los muestreos en la zona focal y perifocal				
7. Formato SIVE 02				
8. Oficio de levantamiento de cuarentena				

OTROS DOCUMENTOS:

--	--	--	--	--

Fecha: _____

SIVE 03: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DEL LABORATORIO



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

Unidad: _____ Clave Unidad SUAVE: _____ Semana No. _____ del _____ de _____ al _____ de _____ de 20 _____ CLUES: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____

Institución: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otras (especificar) 4 _____ IMSS-Prospera 5 DIF 6 PEMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI 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
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	MENINGITIS TUBERCULOSA (+ +) A17.0	44																									
	TÉTANOS (+ + #) A34, A35	85																									
	TÉTANOS NEONATAL (+ + #) A33	86																									
	DIFTERIA (+ + #) A36	82																									
	TOS FERINA (+ + #) A37	83																									
	SARAMPIÓN (+ + #) B05	87																									
	RUBÉOLA (+ + #) B08	32																									
	PAROTIDITIS INFECCIOSA B28	42																									
	HEPATITIS VÍRICA B (+ #) B18	38																									
	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (+ + #) P26.0	100																									
	HEPATITIS VÍRICA A (+ #) B15	37																									
	ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS (+ + #) A08.0	137																									
	INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (+ + #) A41.3, Q00.1, J14	99																									
	POLIOMIELITIS AGUDA (+ + #) A09	75																									
	MENINGITIS MENINGOCÓCICA (+ + #) A39.0	40																									
	INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPELOMA HUMANO B07.7	101																									
	ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO (+ + #) A40.3, Q00.1, J13	176																									
INFLUENZA (+ + #) J09-J11	90																										
VARICELA (#) B01	33																										
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	CÓLERA (+ + #) A00	01																									
	FIEBRE TIFOIDEA (#) A01.0	08																									
	SHIGELOSIS A03	05																									
	INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS A04, A06-A08 EXCEPTO A06.0	08																									
	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA (#) A05	09																									
	AMEBIASIS INTESTINAL A06.0-A06.3, A06.9	02																									
	GIARDIASIS A07.1	07																									
	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS A07.0, A07.2, A07.9	93																									
	ASCARIASIS B77	04																									
	ENTEROBIASIS B80	10																									

(+) NOTIFICACIÓN INMEDIATA

(+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

(#) ESTUDIO DE BROTE



Referencias

- Aguirre QZK. García SGM. (2012) Revisión Bibliográfica sobre salud pública. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Universidad Autónoma del Estado de México. El Cerrillo Piedras Blancas, México.
- NOM 046-ZOO-1994 Sistema Nacional de Vigilancia Epizootológica <http://www.senasica.gob.mx/?doc=530> (Fecha de consulta 25 de agosto del 2015)
- SENASICA (2012) Formatos para el reporte de enfermedades y plagas de la Dirección General de Salud Animal. <http://senasica.gob.mx/?doc=306> (fecha de consulta: 25 de agosto del 2015)
- Pérez-Sotelo L.S., Gutiérrez C.A., Montes de Oca J.R., Valladares C.B. (2014). Antología de la Unidad de aprendizaje de Salud Pública. FMVZ-UAEMEX.
- Castañeda Vázquez, H., Castañeda Vázquez M.A., Bedolla Cedeño C. (2011). Introducción a las Zoonosis. Universidad de Guadalajara, Jal., Prometeo Editores S.A. de C.V. ISBN 978-607-8019-29-8.
- Conyer, TR, et al (2006). El Manual de Salud Pública. Intersistemas editores. 2ª edición. México. D.F. ISBN: 9706558616 Código: RA187.T37.2006.
- Jaramillo, A., Martínez Maya. (2010). Epidemiología Veterinaria. Manual Moderno, S.A. de C.V., México. ISBN: 184-200-0828-1, Código: SF780.9.J37.2010.
- Pfeiffer, UD. (2010). Veterinary Epidemiology an introduction. Blackwell Publishing. London, UK. ISBN: 978-1-4051.7694-1, Código: SF780.9.P44.2010.
- García, V.Z.(2000). Epidemiología veterinaria y salud animal. Editorial Noriega Lymusa. México. ISBN: 960-18-3663-4, Código: SF780.9/037.
- Salman, DM. (2000). Animal disease surveillance and survey systems, Blackwell Publishing. London, UK. ISBN: 13:978-0-8138-1031-7 Código: SF780.9/A665.2005.
- Thrusfield, DM. (2000). Veterinary epidemiology. 3Th Blackwell Publishing. London, UK. ISBN:978-15627-1, Código: SF781/C82.
- Vela, OA., Benítez, RE., Villaseñor, H.G. (1997). Bases de salud pública para estudiantes de medicina veterinaria y zootecnia. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. ISBN: 968-835-374-4, Código: SF740.V45.
- Wayne, MS., Meek, HA, Willeberg, P. (1997).Epidemiología Veterinaria, principios y método. Editorial Acribia, Zaragoza, España. ISBN:184-200-0828-1, Código: SF780.9/M37.
- Blaha, T. (1995) Epidemiología especial veterinaria. Ed. Acribia, Zaragoza, España. ISBN: 84-200-0788-9, Código: SF780.9/852. □ OPS-OMS. (1988). Vigilancia Epidemiológica. Vol. 2. OPS. de Adiestramiento en Salud Animal. Washington. USA. Código: SF781/C82} □ OPS-OMS. (1988). Vigilancia Epidemiológica. Vol. 3. OPS. de Adiestramiento en Salud Animal. Washington. USA. Código: SF781/C82.
- OPS-OMS. (1986). Cuarentena animal, vol. I Enfermedades cuarentenables. OPS. Programa de Adiestramiento en Salud Animal. Washington. USA. ISBN: 92-75- 32004-7, Código: SF781/C82. □ San Martín, H. (1983). Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana. México. ISBN: 9684350384. Código: S34m3.194.