

SUIVE-2-2020

|  |                          |                                   |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| UNIDAD NOTIFICANTE: _____  | CLAVE CLUES: _____       | CLAVE SUAVE DE LA UNIDAD: _____   |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| LOCALIDAD: _____   | MUNICIPIO: _____         | JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____ |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| ENTIDAD O DELEGACIÓN: _____  | INSTITUCIÓN: _____       |                                   |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td colspan="4">Año</td></tr></table> |                          |                                   |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  | INICIO DE ESTUDIO: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td colspan="4">Año</td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  | TERMINACIÓN DE ESTUDIO: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td colspan="4">Año</td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  |
|  |                          |                                   |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día  | Mes                      | Año                               |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|  |                          |                                   |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día  | Mes                      | Año                               |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|  |                          |                                   |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día  | Mes                      | Año                               |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____  | DIAGNÓSTICO FINAL: _____ |                                   |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| Nombre:              | <div style="position: absolute; top: -10px; left: 15%; font-size: 8px;">Apellido Paterno</div> <div style="position: absolute; top: -10px; left: 30%; font-size: 8px;">Apellido Materno</div> <div style="position: absolute; top: -10px; left: 45%; font-size: 8px;">Nombre</div>   | Núm. de afiliación o expediente: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>  |
| Sexo:                | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>M <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></span> <span>F <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></span> </div>  | Edad: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>Años <div style="display: flex; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 15px;"></div></div></span> <span>Meses <div style="display: flex; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 15px;"></div></div></span> <span>Días <div style="display: flex; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 15px;"></div></div></span> </div> |
| Lugar de residencia: | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px; margin-bottom: 5px;"> <span>Calle y Núm.</span> <span>o</span> <span>Lugar de Residencia</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 10px;"></div></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 10px;"></div></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 10px;"></div></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 10px;"></div></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex;"><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="border-right: 1px solid black; width: 15px;"></div><div style="width: 10px;"></div></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Municipio</span> <span>Clave</span> <span>Entidad</span> <span>Clave</span> <span>Colonia o Localidad</span> <span>C.P.</span> <span>Teléfono (s)</span> </div> |  |

Fecha de inicio de signos y síntomas:

|     |  |     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|-----|--|
|     |  |     |  |     |  |
| Día |  | Mes |  | Año |  |

Signos y síntomas:

### III.b TRATAMIENTO

[illegible]

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>PROCEDENCIA:</b>   | Local <input style="width: 40px;" type="text"/>   | Importado <input style="width: 40px;" type="text"/>   |
| Indique el lugar de procedencia para caso importado                   |   |   |
| <b>Localidad</b>  | <b>Municipio</b>  | <b>Estado</b>   |
| <b>Periodo de estancia en esa localidad</b>                           |   |   |
| Llegada:  | <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | Salida: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> |
|   | Día      Mes      Año   | Día      Mes      Año   |
| <b>FUENTE DE INFECCIÓN.</b>   | <b>Investigada</b>  | <b>Confirmada</b>   |
| <small>(marque con una "X")</small>                                   |   |   |
| Otra persona  | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Alimentos   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Agua  | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Fomites   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Animales  | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Otras _____   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| <b>MECANISMOS DE TRANSMISIÓN:</b> <small>(marque con una "X")</small> |   |   |
| Persona a persona   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Aérea   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Digestiva   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Fomites   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Vectores  | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |
| Otros _____   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   | <input style="width: 60px;" type="text"/>   |

ESTE FORMATO SE REQUISITA POR CUADRUPLICADO: ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE, UNA COPIA PARA LA JURISDICCIÓN SANITARIA RESPECTIVA, OTRA COPIA PARA EL NIVEL ESTATAL Y LA ÚLTIMA COPIA PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA  
UTILIZAR PAPEL CARBÓN. EN CASO NECESARIO SE PUEDEN AGREGAR HOJAS

## SUIVE-2-2020

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO POR EL EPIDEMIÓLOGO O PERSONAL DESIGNADO