

Muestras humanas enviadas al Laboratorio

Estado

Municipio

Jurisdicción Sanitaria

Nombre del CS/UM/HOSP/CLUES/REF TEMP.

Localidad

Colonia

Región

Fecha

Nombre Apellido paterno, materno y nombre (s)	Edad y Sexo		Procedencia Domicilio	Fecha			Tipo de muestra	Resultado Lab.	Especifique	Clasif. *	Inst. **
	M	F		Inicio	Toma	Result.					

* 1) Caso no hospitalizado 2) Caso hospitalizado 3) Contacto o manejador de alimentos 4) Defunción con atención médica 5) Defunción sin atención médica 6) Portador 7) Otro
** 1) SSA, 2) IMSS, 3) IMSS-Bienestar, 4) ISSSTE, 5) INSABI, 6) SEDENA, 7) SEMAR, 8) PEMEX, 9) Particular, 10) Otra (INDIQUE), 11) Se ignora

Nombre Responsable