



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA

**GUIA DEL USUARIO DE LA PLATAFORMA DE PONZOÑA
2024**

GUIA DEL USUARIO DE LA PLATAFORMA DE PONZOÑA

2024

GUIA DEL USUARIO DE LA PLATAFORMA DE PONZOÑA
2024

Secretaría de Salud, México

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Epidemiología

Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

Francisco de P. Miranda 157, 3er Piso
Unidad Lomas de Plateros CP 01480
Alcaldía Álvaro Obregón,
Ciudad de México
Tel. 52 (55) 5337 1600

Formación Editorial: José Enrique Luna Cruz

Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este documento, siempre y cuando se cite la fuente.

Hecho en México

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

JORGE ALCOCER VARELA

SECRETARIO DE SALUD

DR. RUY LÓPEZ RIDAURA

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. MARCO VINICIO GALLARDO ENRÍQUEZ

TITULAR DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

DR. ALEJANDRO ERNESTO SVARCH PÉREZ

COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

DR. MARCOS CANTERO CORTÉS

SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

DR. GUSTAVO REYES TERÁN

TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

MTRO. AGUSTÍN LÓPEZ GONZÁLEZ

DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DR. GABRIEL GARCÍA RODRÍGUEZ

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. YANET FORTUNATA LÓPEZ SANTIAGO

DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DRA. SANTA ELIZABETH CEBALLOS LICEAGA

DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DR. JUAN FRANCISCO ROMÁN PEDROZA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA EPIDEMIOLÓGICA

DRA. RUTH PURISIMA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

DIRECTORA DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

BIOL. IRMA LÓPEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DEL INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS

M. EN G.S. LUCIA HERNÁNDEZ RIVAS

DIRECTORA DE SERVICIOS Y APOYO TÉCNICO DEL INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS

ELABORACIÓN DEL MANUAL

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DRA. YANET FORTUNATA LÓPEZ SANTIAGO

DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DR. JONATHAN URIEL RIVAS DÍAZ

SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DR. ALBERTO VALTIERRA RUÍZ

MÉDICO ESPECIALISTA B

MMS. RAFAEL CALVILLO MARTÍNEZ

ENFERMERO JEFE DE SERVICIOS

LIC. OFELIA GARDUÑO DÍAZ

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD A6

BIÓL. ALEJANDRO RAMÍREZ BARRIENTOS

BIÓLOGO

LIC. DIEGO FLORES LEÓN

DISEÑO GRÁFICO

**INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA
EPIDEMIOLÓGICOS**

LABORATORIO DE ENTOMOLOGÍA

M.C. HERÓN HUERTA JIMENEZ.

JEFE DE LABORATORIO DE ENTOMOLOGÍA

BIÓLOGA. BEATRIZ SALCEDA SÁNCHEZ.

ANALISTA EN ARACNOLOGÍA

BIÓLOGA. CINTHYA SANTILLÁN REYES

ANALISTA EN ALACRANES

**CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y
CONTROL DE ENFERMEDADES**

DR. FABIÁN CORREA MORALES

SUBDIRECTOR DE VECTORES

M.C.B. JOSÉ JESÚS IBARRA LÓPEZ.

COORDINADOR PROGRAMA INTOXICACIÓN POR VENENO
DE ARTRÓPODOS

TITULARES EN EL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL (GTI) DEL CONAVE

DGE

DR. GABRIEL GARCÍA RODRÍGUEZ

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. YANET FORTUNATA LÓPEZ SANTIAGO

DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

IMSS ORDINARIO

DRA. XÓCHITL REFUGIO ROMERO GUERRERO

TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IMSS BIENESTAR

DR. JONATHAN MAX MELGOZA SALAZAR

TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL
A LA SALUD. UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR

DIRECCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD IMSS PARA EL BIENESTAR

DR. ALEJANDRO ANTONIO CALDERÓN ALIPI

TITULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

ISSSTE

DRA. VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUÍA

SUBDIRECTORA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN
A LA SALUD DE LA DIRECCIÓN MÉDICA
I. S. S. S. T. E.

SEDENA

GENERAL DE BRIGADA M. C. GABRIEL HERNANDEZ GARCIA

DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD (SEDENA)

SECRETARIA DE MARINA

CONTRALMIRANTE, S.S.N. M.C.N. HEMAT. PED. ROBERTO MAR ALDANA

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE SANIDAD NAVAL (SEMAR)

PEMEX

DR. RODOLFO LEHMANN MENDOZA

SUBDIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
PETRÓLEOS MEXICANOS

SNDIF

LIC. NURIA MARÍA FERNÁNDEZ ESPRESATE

TITULAR DEL ORGANISMO SISTEMA NACIONAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

INPI

DR. GUSTAVO ADOLFO TORRES CISNEROS

COORDINADOR GENERAL DE PATRIMONIO CULTURAL
E INVESTIGACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS

Invitados permanentes:

DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS
PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

MTRO. AGUSTÍN LÓPEZ GONZÁLEZ

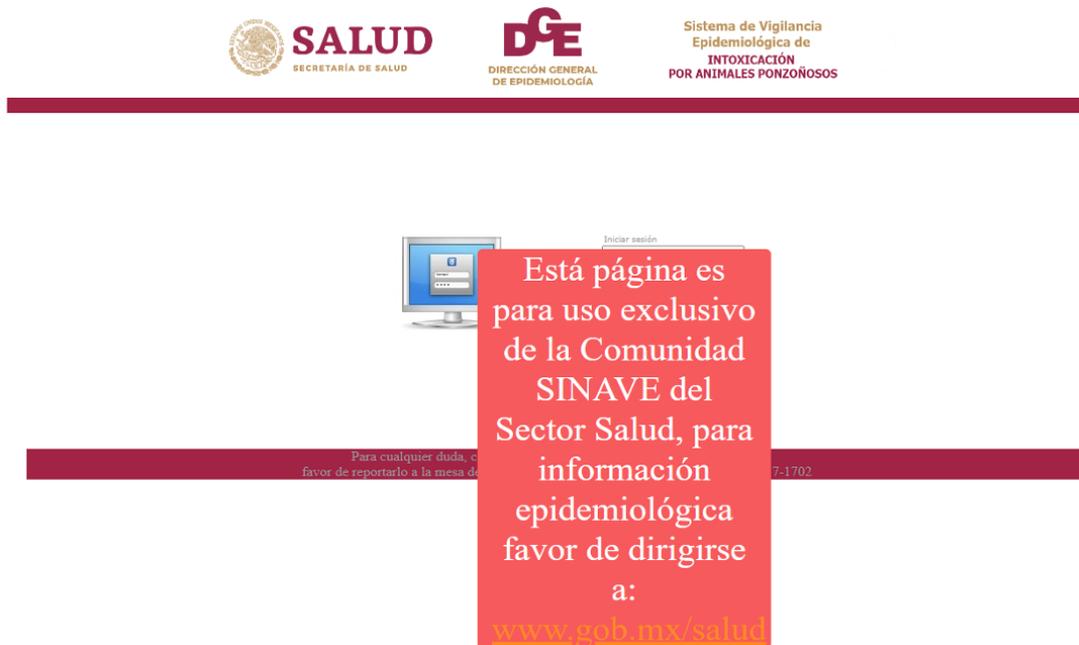
DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA EL USO DE LA PLATAFORMA DE VIGILANCIA POR INTOXICACIÓN POR ANIMALES PONZOÑOSOS

1. Contar con una conexión Web mínimo de 512 kbps. Entre mayor sea la velocidad, mejor será la conexión a la plataforma.
2. Contar con un explorador como Google Chrome (es el recomendado), también puede ser Mozilla.
3. Tener activado JavaScript en su explorador Web. El enlace para instalarlo y activarlo en caso de no tenerlo es:
<http://www.enlace-javascript.com/es/>
4. Sistema operativo: multiplataforma, no depende del sistema operativo sino de tener un explorador web.
5. Tener instalado Acrobat Reader o similar y visualizar el formato de estudio de caso. Este formato se descarga en PDF.
6. Tener instalado Office 2007 o superior para visualizar las bases de datos que se descargan en formato Excel.

Para acceder a la plataforma de PONZOÑA debe escribir la siguiente liga de internet en su navegador de preferencia:

<http://ponzona.sinave.gob.mx>



Dar Click con el botón derecho del mouse.



Una vez ingresado al link de la plataforma de Intoxicación por Animales Ponzoñosos se tendrá que colocar, el nombre de usuario y el Password, en dado caso que no se tenga de alta la unidad, solicitar el nombre de usuario y Password al personal responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación por Animales Ponzoñosos a nivel estatal y enviar a nivel federal.

INGRESO A LA PLATAFORMA DE PONZOÑA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de
INTOXICACIÓN
POR ANIMALES PONZOÑOSOS**



Iniciar sesión

Nombre de Usuario:

Password:

Recordar Usuario

Dependiendo del nivel de acceso del usuario, se podrán realizar las diferentes acciones dentro de la plataforma:

1.- Registro de formularios; 2.- Actualizaciones de referencias; 3.- Generación de reportes; 4.- Consulta de catálogos (base de datos y manual); 5.- Validación de la información en la unidad médica

Nivel de Acceso	Tipo	Funciones
1	Unidad Médica	1.-Registro de formularios 2.-Actualizaciones de seguimiento 3.- Generación de reportes 4.- Consulta de catálogos
2	Jurisdicción	1.-Registro de formularios 2.-Actualizaciones de seguimiento 3.- Generación de reportes 4.- Consulta de catálogos
3	Estatad	1.- Actualización de seguimiento 2.- Generación de reportes 3.-Consulta de catálogos
4	Federal	1.-Consulta de formularios 2.-Generación de reportes 3.-Consulta de catálogos
5	Capturista	1.- Registro de formularios 2.-Consulta de catálogos

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	 DGE DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de INTOXICACIÓN POR ANIMALES PONZOÑOSOS
 Estudios de Caso	 Seguimiento	
	 Seguimiento traslados	
 Descarga	Usuario unidad médica: Médica32403 Contraseña: XXXXXXXX	



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DGE
DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA

Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de
**INTOXICACIÓN
POR ANIMALES PONZOÑOSOS**



Estudios de Caso



Seguimiento



Seguimiento traslados



Descarga

Usuario Jurisdiccional
Jurdiar59
Contraseña:
XXXXXXXX



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de
**INTOXICACIÓN
POR ANIMALES PONZOÑOSOS**

	 <p>Seguimiento</p>
	 <p>Seguimiento trasladados</p>
 <p>Descarga</p>	<p>Usuario Estatal: 2US09004</p> <p>Contraseña: XXXXXX</p>



Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de
INTOXICACIÓN
POR ANIMALES PONZOÑOSOS

	 <p>Seguimiento</p>
	 <p>Seguimiento traslados</p>
 <p>Descarga</p>	<p>Indre y LEPS: Indrelab05</p> <p>Contraseña: XXXXXX</p>



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de
**INTOXICACIÓN
POR ANIMALES PONZOÑOSOS**

 <p>Estudios de Caso</p>	 <p>Seguimiento</p>
 <p>Administrador</p>	 <p>Seguimiento traslados</p>
 <p>Descarga</p>	<p>Usuario Administrador: Usuario ABCDE</p> <p>Contraseña: XXXXXX</p>

Una vez que se ingresa a la pantalla principal de la plataforma, se puede observar la estructura de la misma. La cual se puede observar una copia casi idéntica del estudio de caso por picadura o mordedura por animal ponzoñoso.

* Próximamente se contará con un espacio referente a las Jurisdicciones Sanitarias, tanto en Unidad Notificante como en Unidad Tratante.

INTOXICACIONES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

23/01/2024 10:40:37 a. m.

FECHA DE NOTIFICACIÓN

FOLIO DE PLATAFORMA

I.- UNIDAD NOTIFICANTE

ENTIDAD

MUNICIPIO

LOCALIDAD

NOMBRE DE LA UNIDAD

INSTITUCIÓN

CLUES

JURISDICCIÓN SANITARIA

II.- UNIDAD TRATANTE

¿LLENAR CON LOS MISMOS DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE?

ENTIDAD

MUNICIPIO

LOCALIDAD

NOMBRE DE LA UNIDAD

INSTITUCIÓN

CLUES

JURISDICCIÓN SANITARIA

I Unidad Notificante:

Inicio en Seleccionar la Entidad Federativa, posteriormente Municipio y Localidad

INTOXICACIONES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

19/10/2023 01:11:22 p. m.

FECHA DE NOTIFICACIÓN

FOLIO DE PLATAFORMA

I.- UNIDAD NOTIFICANTE

ENTIDAD

MUNICIPIO

LOCALIDAD

NOMBRE DE LA UNIDAD

INSTITUCIÓN

CLUES

INTOXICACIONES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

19/10/2023 01:11:22 p. m.

FECHA DE NOTIFICACIÓN

FOLIO DE PLATAFORMA

I.- UNIDAD NOTIFICANTE

ENTIDAD

MUNICIPIO

LOCALIDAD

NOMBRE DE LA UNIDAD

INSTITUCIÓN

CLUES

Una vez realizado esto se habilitará el espacio para seleccionar **el nombre de la Unidad Médica Notificante**.

INTOXICACIONES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

The screenshot shows a web form titled "INTOXICACIONES POR ANIMALES PONZOÑOSOS". At the top left, it displays the date and time "19/10/2023 01:11:22 p. m." and "FECHA DE NOTIFICACIÓN". At the top right, it says "FOLIO DE PLATAFORMA". Below this is a section labeled "I.- UNIDAD NOTIFICANTE". It contains several dropdown menus: "ENTIDAD" (MÉXICO), "MUNICIPIO" (ECATEPEC), "LOCALIDAD" (ECATEPEC DE MORELOS), "INSTITUCIÓN" (IMSS), and "CLUES" (MCIMS000990). A fourth dropdown menu, "NOMBRE DE LA UNIDAD", is open, showing a list of options including "HGZ 68 TULPETLAC", "CRUZ ROJA DELEGACIÓN ECATEPEC", "MACRO PLAZA", "DÍAZ ORDAZ", "HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 68", and "HGZMF 76 XALOSTOC". A blue arrow points to this dropdown menu.

Una vez que se escoja el nombre de Institución Notificante, se establecerá la **“Institución” correspondiente** y su clave **“CLUES”**, automáticamente

INTOXICACIONES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

This screenshot is identical to the previous one, but with a blue double-headed arrow pointing to the "INSTITUCIÓN" dropdown menu, which now displays "IMSS". The "NOMBRE DE LA UNIDAD" dropdown menu is also closed, showing "HGZ 68 TULPETLAC".

II Unidad Tratante:

Si la Unidad tratante es la misma notificante, seleccione **“Sí”** se copiará automáticamente los datos de la misma. En caso que la respuesta sea **“No”** es la misma unidad, **se activaran los espacios correspondientes** para iniciar el proceso anterior descrito, **desde Entidad Federativa**.

III Ficha de Identificación:

Seleccione la Institución que otorga una Seguridad Social y su número de filiación.

En caso de que, en el combo, de la **¿Cuenta con Seguridad Social?**, la selección que corresponda a **Privados, No, Se Ignora u Otra**, la opción elegida. El espacio de **NSS/No de Filiación**, quedara, **“NA”**.

Recabe los datos solicitados: de “Primer apellido, Segundo apellido, Nombre (s) y Fecha de nacimiento, Entidad de Nacimiento, Sexo. Si conoce su **peso y talla**, son muy importantes, debido a que arrojaría el **“Índice de masa corporal”** del paciente.

III - FICHA DE IDENTIFICACIÓN

SSA ¿CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL?	NA NSS/No.FILIACIÓN	
RIVAS PRIMER APELLIDO	DIÁZ SEGUNDO APELLIDO	JONATHAN URIEL NOMBRE(S)
30/06/1983 FECHA DE NACIMIENTO	40 ASES 7 MENSAS EDAD	CIUDAD DE MÉXICO ENTIDAD DE NACIMIENTO
HOMBRE SEXO	90 KG PESO	180 CM TALLA
27.715 ÍNDICE DE MASA CORPORAL	RIDJ8306300317 RFC	RIDJ830630HDFVZN00 CURP
MÉXICO ENTIDAD DE RESIDENCIA	NEZAHUALCOYOTL MUNICIPIO DE RESIDENCIA	CIUDAD NEZAHUALCÓY LOCALIDAD DE RESIDENCIA
57410 CÓDIGO POSTAL	MARAVILLAS COLONIA	7 CALLE O REFERENCIA
25 NÚMERO EXTERIOR	NA NÚMERO INTERIOR	NA SECTOR
NA MANZANA	5537405438 TELÉFONO	
--SELECCIONE-- ¿EMBARAZO ACTUALMENTE?	SEMANAS DE GESTACIÓN	ANTARTIDA NACIONALIDAD
SI ¿ES MIGRANTE?	ANTARTIDA PAÍS DE ORIGEN	
SI PERTENECE A ALGÚN PUEBLO ORIGINARIO (INDIGENA)	Chichimecas PUEBLO Y/O ETNIA	
SI ¿HABLA LENGUA ORIGINARIA? (INDIGENA)	Cora ¿CUÁL?	
Posgrado ESCOLARIDAD	MEDICOS OCUPACIÓN	

En los espacios de **“Sector y Manzana”** si se cuenta con los datos anéxeles. Sí no cuenta con esta información deberá de escribir **“NA”**.

Los espacios de **“Embarazo Actualmente”** y **“Semanas de Gestación”**, permanecerán inhabilitados si en el espacio de sexo se seleccionó Masculino.

En casos de que el sexo de la persona que sufrió la intoxicación fuera Femenino, se habilita ¿Embarazo actualmente? y Semana aproximadas de Gestación.

--SELECCIONE-- ¿EMB... SI NO SE IGNORA ¿ES MIGRANTE?	SEMANAS DE GESTACIÓN	--SELECCIONE-- NACIONALIDAD
--SELECCIONE-- PERTENECE A ALGÚN PUEBLO ORIGINARIO (INDIGENA)	--SELECCIONE-- PAÍS DE ORIGEN	
--SELECCIONE-- ¿HABLA LENGUA ORIGINARIA? (INDIGENA)	--SELECCIONE-- PUEBLO Y/O ETNIA	
--SELECCIONE-- ESCOLARIDAD	--SELECCIONE-- ¿CUÁL?	
	--SELECCIONE-- OCUPACIÓN	

¿Es migrante?: de acuerdo a la respuesta seleccionada “Sí o No”. Si la respuesta es “No”, los siguientes espacios de **“País de Origen”** y **“Nacionalidad”** permanecerán inhabilitados: Si la selección es Sí, se selecciona la opción correspondiente.

En los casos de **Pertenecer a Pueblo Originario**, y **Habla Lengua Originaria**. Seleccionar la respuesta más adecuada.

The screenshot shows a form with several dropdown menus and input fields. The dropdown menus are for: "¿EMBARAZO ACTUALMENTE?" (selected "Sí"), "¿ES MIGRANTE?" (selected "NO"), "PERTENECE A ALGÚN PUEBLO ORIGINARIO (ÍNDIGENA)" (selected "Sí"), and "¿HABLA LENGUA ORIGINARIA? (ÍNDIGENA)" (selected "Sí"). The input fields are: "SEMANAS DE GESTACIÓN" (12), "PAÍS DE ORIGEN" (selected "-- SELECCIONE --"), "NACIONALIDAD" (selected "-- SELECCIONE --"), "PUEBLO Y O ETNIA" (selected "Mayas"), "ESCOLARIDAD" (selected "--SELECCIONE--"), and "OCUPACIÓN" (selected "Maya"). A dropdown menu for "PUEBLO Y O ETNIA" is open, showing options: Maya, Matlatzincas, Mayo, Mazahua, Mazateco.

Escolaridad y Ocupación, deberá seguir la misma tónica anterior, seleccione la respuesta correspondiente y responda los espacios habilitados en cada pregunta.

IV Antecedentes de Importancia Médica (Comorbilidades):

Deberá de seleccionar el o los recuadros de las comorbilidades (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, etc.), que se refiera y padece, la persona que sufrió la intoxicación. En caso de no presentar ninguna comorbilidad, deberá de dejar los espacios en blanco.

Accidentes Previos con Animales Ponzosos: Sí la respuesta es afirmativa, investigar, si recuerda el animal ponzoñoso involucrado, la fecha y el tipo de tratamiento que recibió, plasmarlos en los espacios siguientes de **“Especifique”** y la **“Fecha”**.

The screenshot shows a form titled "IV- ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA (COMORBILIDADES)". It has checkboxes for: DIABETES MELLITUS (checked), HIPERTENSIÓN ARTERIAL (checked), INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (checked), ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (unchecked), ASMA (unchecked), and ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (unchecked). There is an "OTRA" checkbox (checked) with a text input field "ESPECIFIQUE (HIPOTIROIDISMO)". Below this are two "SI" dropdown menus. The first is for "INTOXICACIONES PREVIAS CON ANIMALES PONZOÑOSOS" with a text input field "ALACRAN" and "ESPECIFIQUE". The second is for "ANTERIORMENTE HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANTIDOTOS" with a text input field "ANTIDOTO ALACRAN" and "ESPECIFIQUE SI RECUERDA". At the bottom is a date input field "23/09/2023" and "FECHA". Yellow double-headed arrows point to the "OTRA" field and the date field.

V Domicilio de la Intoxicación:

Si la intoxicación o accidente ocurrió en el mismo domicilio de residencia del paciente, se escoge la respuesta sí y los siguientes espacios del domicilio se llenarán automáticamente.

Teniendo en cuenta la importancia de la fecha de la actual intoxicación o accidente y la hora aproximada del mismo. Esto último es muy importante de recabar por que permitirá establecer la información, y algunos indicadores de evaluación.

En caso contrario deberá de escoger las opciones requeridas, en las mismas.

V- DOMICILIO DE LA INTOXICACIÓN

¿LLENAR CON LOS MISMOS DATOS QUE LA RESIDENCIA DEL PACIENTE? SI

AGENTE INVOLUCRADO: ARANA LATRODECTUS (MUDA NEGRA) ESPECIFIQUE

MEXICO ENTIDAD NEZAHUALCOYOTL MUNICIPIO CIUDAD NEZAHUALCOY LOCALIDAD

57410 CÓDIGO POSTAL MARAVILLAS COLONIA 7 CALLE O REFERENCIA

25 NÚMERO EXTERIOR NA NÚMERO INTERIOR NA SECTOR

NA MANZANA

21/02/2024 10:00 a. m. FECHA DE LA INTOXICACIÓN

Deberá de seleccionar al agente involucrado, en caso de seleccionar la opción otros, especificar el espécimen referido de éstas familias (alacranes, arañas, serpientes y abejas) en el espacio pertinente, que se habilitará. Así mismo se desplegará información que contiene tipo de antídoto y el esquema posológico sugerido. En caso de seleccionar abeja o avispa recordar que no existe tratamiento con antídoto o antiveneno específico. Solo especificar otros tipos de medicamentos especificados en el apartado IX (Manejo y/o tratamientos otorgados).

Recordar: que esta recomendación es solo un apoyo sugerido para el tratamiento. Lo importante es seguir los esquemas establecidos y requeridos por las áreas correspondientes; al igual de utilizar el criterio y la experiencia adquirida por el personal tratante.

Intoxicación por picadura de alacrán (*Centruroides sp.*)²

De acuerdo al grado de intoxicación se sugiere el siguiente esquema posológico.

GRADO DE INTOXICACIÓN	SÍNTOMAS Y SIGNOS	GRUPO DE EDAD	DOSIS DE ANTIDOTO
LEVE O GRADO I	Dolor local y faríngeo.	Niños mayores de cinco años y adultos.	Aplicar 1 frasco IV; si no hay mejoría, aplicar otro frasco.
MODERADO O GRADO II	Signos y síntomas del cuadro leve más: sensación de cuerpo extraño o de obstrucción en la orofaringe y sialorrea, diaforesis, nistagmus, fasciculaciones linguales, disnea, distensión abdominal, priapismo y espasmos musculares.	Niños mayores de cinco años y adultos.	Aplicar 2 frascos IV hasta un máximo de 5 frascos
SEVERO O GRADO III	Signos y síntomas del cuadro moderado más: taquicardia, hipertensión, visión de halos rojos, ceguera transitoria, vómitos, nistagmus, dolor retroesternal, edema agudo pulmonar e insuficiencia respiratoria.	Niños mayores de cinco años y adultos.	Aplicar un máximo de 5 frascos IV por paciente.

Dosis en poblaciones especiales.

GRUPO DE EDAD	DOSIS DE ANTIDOTO
Menores de 5 años	Aplicar de forma inmediata 2 frascos IV; si no hay mejoría, aplicar otra dosis similar a la inicial y trasladarlo a la unidad médica más cercana de segundo nivel de atención o de mayor capacidad resolutive.
Mayores de 65 años; mujeres embarazadas y pacientes con cardiopatía, asma, insuficiencia renal, desnutrición, cirrosis, alcoholismo, diabetes, hipertensión y con rápida evolución de grado 1 a grado 2.	Aplicar 2 frascos IV hasta un máximo de 5 frascos y trasladarlo a la unidad médica más cercana de segundo nivel de atención o de mayor capacidad resolutive.

Presentación:

Caja con 1 frasco ampulla con liofilizado, 1 ampolla con 5 ml de diluyente e instructivo anexo. No requiere refrigeración. Consérvese a no más de 37°C. Hecha la mezcla úsese inmediatamente. Si no se administra todo el producto, deséchese el sobrante. No se administre si el cierre ha sido violado.

Denominación Genérica: Fragmentos F(ab)₂ de inmunoglobulina polivalente Antialacrán.

Clave Cuadro Básico de Medicamentos Sector Salud: Antidoto (Antiveneno CCBMS 3347

En el caso de Abejas y Avispas, no se cuenta con dicha recomendación por no contar con antídoto específico, se deberá tratar de acuerdo síntomas referidos.

Sitio donde ocurrió la intoxicación **“accidente”**, escoja la mejor opción: vivienda, campo, oficina, escuela, si la selección es “otro” se habilitará el área de “Especifique” para poder describir lo referido por la persona.

MOMENTO DE LA INTOXICACIÓN:

OBSERVACIÓN (EL DOMICILIO DEL PACIENTE ESTÁ UBICADO A UN):

SITIO DONDE OCURRIÓ LA INTOXICACIÓN: ESPECIFIQUE

INTRADOMICILIARIA:  ESPECIFIQUE

PERIDOMICILIARIA: ESPECIFIQUE

ACTIVIDAD QUE SE ENCONTRABA REALIZANDO: ESPECIFIQUE

SITIO DONDE SE ENCONTRABA EL AGENTE INVOLUCRADO: ESPECIFIQUE

INTENTAR OBTENER COORDENADAS (Esto no es necesario para seguir la captura pero es deseable):

LATITUD: LONGITUD: ALTITUD:

En los siguientes espacios de “Intradomiciliaria” o “Peridomiciliaria” al elegir una de las dos opciones, se inhabilita la otra. Seleccione la respuesta adecuada en el rubro de “Actividad que realizaba” y “Sitio donde se encontraba el agente involucrado”, se podrá habilitar en ambas acciones el espacio “Especifique” si la selección fue otro.

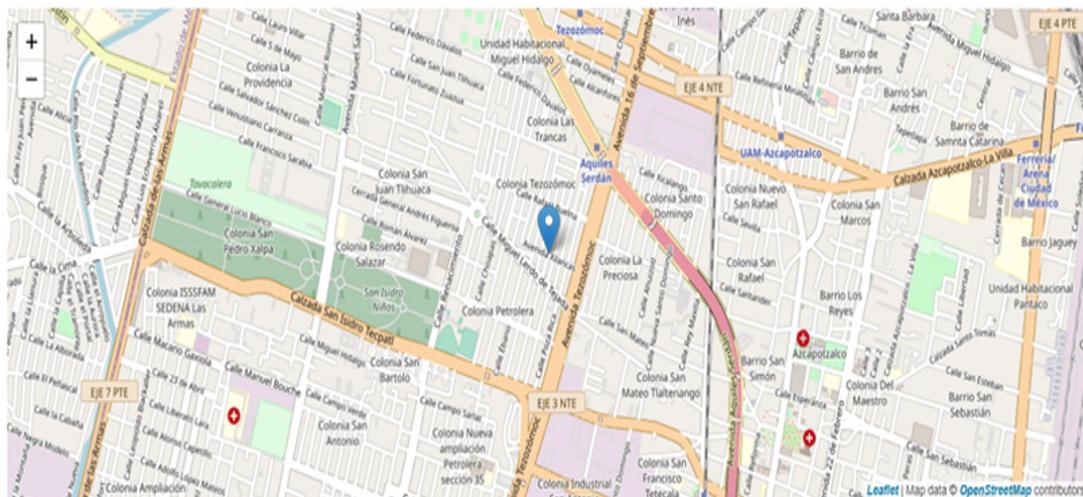
Dependiendo de la capacidad y características del internet con el que cuenta, podrá obtener las coordenadas de una forma básica, obteniendo una visualización de las mismas hasta la localidad donde ocurrió el accidente.

AGREGUE LAS COORDENADAS SI LAS CONOCE:

LATITUD:

LONGITUD:

ALTITUD:



Tome en cuenta que como se dijo se podrá obtener esta información básica, si le interesa, y en determinados momentos por problemas del internet se podría bloquear la navegación, lo que implicaría cerrar el proceso de captura y volver desde un inicio con la captura de información.

VI Región corporal de la picadura o mordedura:

En el espacio “**Interrogatorio**”, seleccione la respuesta directo si la información la está proporcionando directamente la persona que sufrió el accidente. Por el contrario, si la selección es **Otro**, se deberá especificar quien es la persona que está proporcionando los datos, ejemplo Un familiar, Vecino, Amigo, Conocido, etc.

VI.- REGIÓN CORPORAL DE LA PICADURA O MORDEDURA					
INTERROGATORIO: <input type="button" value="Otro"/>		ESPECIFIQUE <input type="text" value="SU CUÑADO ERNESTO DIAZ"/>			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">Persona que proporciona la información</div>					
CABEZA, CUELLO Y TORAX					
CABEZA <input type="checkbox"/>	CUELLO <input type="checkbox"/>	CARA <input type="checkbox"/>	TÓRAX <input type="checkbox"/>	ESPALDA <input type="checkbox"/>	ABDOMEN <input type="checkbox"/>
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO					
HOMBRO <input type="checkbox"/>	BRAZO <input type="checkbox"/>	CODO <input type="checkbox"/>	ANTEBRAZO <input type="checkbox"/>	MUÑECA <input type="checkbox"/>	PALMA <input type="checkbox"/>
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO					
HOMBRO <input type="checkbox"/>	BRAZO <input type="checkbox"/>	CODO <input type="checkbox"/>	ANTEBRAZO <input type="checkbox"/>	MUÑECA <input type="checkbox"/>	PALMA <input type="checkbox"/>
MIEMBRO INFERIOR DERECHO					
MUSLO <input type="checkbox"/>	RODILLA <input type="checkbox"/>	PIERNA <input type="checkbox"/>	TOBILLO <input type="checkbox"/>	TALÓN <input type="checkbox"/>	PIE <input checked="" type="checkbox"/>
MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO					
MUSLO <input type="checkbox"/>	RODILLA <input type="checkbox"/>	PIERNA <input type="checkbox"/>	TOBILLO <input type="checkbox"/>	TALÓN <input type="checkbox"/>	PIE <input type="checkbox"/>

Tendrá la opción de escoger la región corporal lesionada por el animal ponzoñoso. En caso muy remoto que haya sufrido dos o más intoxicaciones, simultáneas podrá marcar más de una opción.

VII Cuadro Clínico

Este apartado cuenta con los signos y síntomas que se pueden presentar, en personas que sufrieron, una intoxicación (accidente), por animales ponzoñosos (algunas especies de artrópodos y serpientes). La lista se presenta en forma alfabética.

Mientras que **los Signos**, son manifestaciones objetivas, visibles, palpables o audibles de una enfermedad, es decir, el médico puede percatarse de ellas mientras examina al paciente.

Los Síntomas, son molestias de carácter subjetivo, es decir, solo los percibe el paciente, no pueden ser observados externamente con facilidad, la persona debe decirlos para poder percatarnos de ellos.

Marcar la opción u opciones que se requieran de acuerdo a los signos observados, y los síntomas referidos, en la recopilación de la información.

CUADRO CLÍNICO		
MARQUE LAS OPCIONES REFERIDAS U OBSERVADAS		
<input checked="" type="checkbox"/> AMAUROSIS	<input type="checkbox"/> AMPOLLA	<input type="checkbox"/> ANSIEDAD (ANGUSTIA)
<input type="checkbox"/> ARDOR EN LA PIEL	<input type="checkbox"/> ARRITMIAS CARDIACAS	<input type="checkbox"/> ARTRALGIAS
<input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA	<input checked="" type="checkbox"/> BRADICARDIA	<input checked="" type="checkbox"/> BRONCOESPASMOS
<input type="checkbox"/> CALAMBRES	<input type="checkbox"/> CAMBIOS EN EL COLOR DE LA PIEL	<input type="checkbox"/> CEFALEA
<input type="checkbox"/> CIANOSIS PERIBUCAL	<input type="checkbox"/> COMA	<input type="checkbox"/> CONJUNTIVITIS
<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> DAÑO TISULAR EN LA HERIDA	<input checked="" type="checkbox"/> DEBILIDAD
<input checked="" type="checkbox"/> DIAFORESIS	<input type="checkbox"/> DIARREA	<input type="checkbox"/> DISFAGIA

VIII Atención médica y evolución

Es importante establecer la manera más exacta posible, la fecha y hora de inicio de síntomas, **“Inicio del cuadro clínico”** y de la **“Atención la médica”** (hospitalización o ambulatorio), esto se podrá realizar de forma manual o a través del recuadro correspondiente (fecha y hora).

Traslado “Sí o No”, se especifica lugar y/o institución a donde se trasladó el paciente y el motivo que derivó dicho traslado; así como la fecha del mismo.

Tipo de egreso mejoría, alta voluntaria, traslado a otra unidad médica, o defunción, especificar la fecha y hora aproximada. En caso de defunción se podrá seleccionar el archivo certificado de defunción y adjuntarlo. Se debe especificar si la defunción se derivó debido a complicaciones de la intoxicación.

VIII.- ATENCIÓN MÉDICA Y EVOLUCIÓN

FECHA DE INICIO CUADRO CLÍNICO: 20/02/2024 HORA DE INICIO DE SÍNTOMAS: 10:30 a. m.

20/02/2024 10:45 a. m. Hospitalización 1 20/02/2024
 FECHA ATENCIÓN MÉDICA TIPO DE ATENCIÓN HORAS DE TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN FECHA

SI HOSPITAL HRAEZ IXTAPALUCA GRAVEDAD MOTIVO

TRASLADO LUGAR DE TRASLADO

TRASLADO A OTRA UNIDAD 20/02/2024 12:00 a. m. Seleccionar archivo Ninguno archivo selec. Subir Archivo

TIPO DE EGRESO: FECHA EGRESO CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

--SELECCIONE-- ¿LA DEFUNCIÓN DERIVO DE LA INTOXICACIÓN?

Estos datos y fechas son importantes para establecer el tiempo transcurrido entre La intoxicación y el inicio de síntomas, la intoxicación y la recuperación y la intoxicación y la defunción que servirán para **Indicadores de evaluación**.

IX Manejo y/o tratamiento otorgado

Se investiga, si la persona afectada, ha recibido la aplicación de vacuna antitetánica previo a la intoxicación actual, la fecha de aplicación aproximada, si la recuerda. Y si fue a partir de este evento se registra en forma prioritaria.

Se seleccionará la opción **“No”**, en caso de que no hubiera recibido la vacuna antitetánica con anterioridad, al evento actual.

IX.- MANEJO Y/O TRATAMIENTO OTORGADO

SI 20/09/2023 FECHA DE VACUNACIÓN TÉTANICA

VACUNA ANTITÉTANICA

SI 20/02/2024 HORA 10:30 a. m.

TRATAMIENTO CON ANTÍDOTO (ANTIVENENO) FECHA TRATAMIENTO ANTÍDOTO

ANTICORALILLO ANTÍDOTO

No. FRASCOS	I.M.	I.V.	LOTE	CADUCIDAD	OBSERVACIONES
1		1	XXXXX	01/03/2024	
15		1	DFQ4530	01/03/2025	ESTOS FRASCOS FUERON YA
17		1	DFRH77878	01/03/2024	UNIDADES APLICAS EN HOSPITAL
10		1	DGFHJH657	01/02/2024	DOSIS APLICADAS EN EL
				dd/mm/aaaa	

OTROS MEDICAMENTOS:
 ANALGÉSICOS ANTIBIÓTICOS ANTIHISTAMÍNICOS CORTICOSTEROIDES BENZODIAZEPINAS DIGITALICOS
 GLUCONATO DE CALCIO SOLUCIONES PARENTERALES OXIGENO DITRO ESPECIFIQUE

NOTA: NO EXISTE CONTRAINDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON ANTÍDOTOS EN MUJERES EMBARAZADAS Y/O LACTANDO

Recibió tratamiento con antídoto (Antídoto), Sí o No, especificar la fecha y hora.

Tratamiento con antídoto: En cada línea deberá de establecerse el número de frascos de antídoto utilizados, así como su vía de administración, lote, fecha de caducidad y en caso de ser necesario alguna observación, ejemplo: una reacción.

Si por algún motivo hay necesidad de utilizar más frascos de antídoto, que corresponda al mismo lote y fecha de caducidad, **pero su vía de administración es diferente** se reportaran en la siguiente fila inmediata abajo.

Ejemplo: se aplican inicialmente 3 frascos de antídoto I.V del lote 123456789ABC, folio 42D5F78 con fecha de caducidad 12 de mayo de 2025; posteriormente por necesidad de la atención médica brindada se aplican 2 frascos más, del mismo antídoto, pero ahora por vía I.M. Se registrarán en dos líneas diferentes. De la misma manera se reportarán más tratamientos requeridos que cuenten con lote, folio y fecha de caducidad diferentes a los anteriores.

IX - MANEJO Y/O TRATAMIENTO OTORGADO

SI VACUNA ANTITÉTANICA 20/09/2023 FECHA DE VACUNACIÓN TÉTANICA
 SI TRATAMIENTO CON ANTÍDOTO (ANTIVENENO) 20/02/2024 FECHA TRATAMIENTO ANTÍDOTO 10:30 a. m. HORA
 ANTICORAILLO ANTÍDOTO

No. FRASCOS	I.M.	I.V.	LOTE	CADUCIDAD	OBSERVACIONES
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	XXXXX	01/03/2024	
15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DFG4530	01/03/2025	ESTOS FRASCOS FUERON YA
17	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DFRHT7878	01/03/2024	UNIDADES APLICAS EN HOSPITAL
10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DGFHJH857	01/02/2024	DOSIS APLICADAS EN EL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		dd/mm/aaaa	

Nota: Flechas azules indican '01/03/2024' en la columna de caducidad y 'ANTICORAILLO ANTÍDOTO' en el campo de tratamiento.

Los Antídotos en su frasco ampulla, solo registra, **mes y año**. Sin embargo, por razones de programación en la plataforma, se solicita el **Día, Mes y Año** de caducidad del biológico utilizado. Para poder solventar esta eventualidad, se sugiere anotar el primer día (01), seguido del mes y año.

Se reportará algún tratamiento diferente a los antídotos utilizados como (Analgésico, Antihistamínico, Corticoesteroides, oxígeno, soluciones parenterales, etc.). Si el medicamento utilizado no se especifica en el listado; marcar como Otro y especificar el tratamiento.

Nota: Al momento **No existe contraindicación**, con base fehaciente por experiencia o estudio clínico para el uso y tratamiento con antídotos en mujeres embarazadas y/o lactando. De llegar a registrarse alguna contraindicación se notificará inmediatamente.

X Tiempo transcurrido entre:

Al registrar correctamente la información de la fecha y horario del Accidente con artrópodos venenosos, el Inicio de síntomas, Recuperación y/o Defunción se registran estos rubros en forma automática. Esto permitirá establecer adecuadamente los controles correspondientes y determinar los Indicadores de evaluación.

Nota: Este apartado solo aparece en la plataforma.

X- TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE:			
LA INTOXICACIÓN Y AL INICIO DE SÍNTOMAS:	-22 HORAS 0 MINUTOS	<input type="text"/>	NOTA
LA INTOXICACIÓN Y EL TRATAMIENTO:	-16 HORAS 0 MINUTOS	<input type="text"/>	NOTA
LA INTOXICACIÓN Y LA DEFUNCIÓN:	0 HORAS 0 MINUTOS	<input type="text"/>	NOTA

XI Laboratorio (Entomología):

La primera información solicitada, lo llena el médico tratante, o el personal que requisito la información, o por personal del LESP si se recolecto el ejemplar **o espécimen** involucrado en el evento de la **Intoxicación**. Se envía el ejemplar involucrado al LESP para su análisis y clasificación, de preferencia junto con el estudio de caso o con el folio correspondiente de captura de caso, que fue asignado por el sistema. Sí se tomó foto se puede subir la misma e incluso otro archivo importante y relevante.

XI- LABORATORIO (ENTOMOLOGÍA)			
PRESENTA AL EJEMPLAR INVOLUCRADO:	--SELECCIONE--	PRESENTO FOTO	<input type="text"/> Selecionar archivo Ninguno archivo selec. <input type="button" value="Subir Archivo"/>
ENVIADO AL LABORATORIO	--SELECCIONE-- NO VIVO MUERTO	A dd/mm/aaaa	FOLIO: <input type="text"/> NOTA: <input type="text"/>
LLENADO POR EL LABORATORIO EN CASO DE HABER RECONOCIMIENTO TAXONÓMICO:	CONSERVADO MACHACADO SI	¿POR QUIEN?:	<input type="text"/>
LABORATORIO	--SELECCIONE--	FECHA DE IDENTIFICACIÓN TAXONÓMICA	dd/mm/aaaa
NOTA:	<input type="text"/>		

- a. **Presenta al ejemplar involucrado:** Seleccione la opción correcta.
- b. **Presentó foto:** Subir el archivo, si lo presenta el paciente.
- c. **Enviado al laboratorio:** Seleccionar si se envió a LESP o al InDRE.
- d. **Fecha:** Colocar la fecha de envío del ejemplar al laboratorio.
- e. **Folio:** la plataforma arroja automáticamente el folio y tendrá las siglas PON, junto al año de captura y un número consecutivo, al final de la captura de información.

Ejemplo: pon23-2993.

- f. **Nota:** Cualquier observación derivada del envío al laboratorio.

El espacio expreso para los LEPS e InDRE es exclusivo y se realiza en caso de haber recibido el ejemplar o una fotografía.

- g. **Reconocimiento taxonómico:** En este recuadro se despliegan las opciones de las diferentes especies de alacrán, araña, abeja o avispa. Se elegirá la especie identificada del ejemplar estudiado, que fue enviado al LESP o InDRE, para reconocimiento.
- h. **¿Por quién?:** Se pondrá nombre, apellidos y cargo de la persona (analista) que realizó la identificación taxonómica.
- i. **Laboratorio:** Indicar el laboratorio que realizó la identificación taxonómica del ejemplar (LESP-InDRE)
- j. **Fecha de identificación taxonómica:** anotar la fecha de identificación del ejemplar.
- k. **Nota:** En este espacio se puede realizar cualquier observación o comentario referente sobre el estado de preservación del ejemplar, recibido por el laboratorio y si no se realiza la identificación taxonómica decir el por qué o mencionar otras observaciones.

XI - LABORATORIO (ENTOMOLOGÍA)

PRESENTA AL EJEMPLAR INVOLUCRADO: MACHACADO PRESENTO FOTO [Seleccionar archivo] Ninguno archivo selec. [Subir Archivo]

ENVIADO AL LABORATORIO: LESP FECHA: 28/02/2024 FOLIO: PON24-0246 NOTA:

LLENADO POR EL LABORATORIO EN CASO DE HABER RECIBIDO EL EJEMPLAR O FOTOGRAFÍA EN SU CASO

RECONOCIMIENTO TAXONÓMICO: --SELECCIONE-- ¿POR QUIÉN?

LABORATORIO: --SELECCIONE-- Centruroides bsergi Centruroides balsasensis Centruroides bonito Centruroides chamela Centruroides elegans Centruroides elegans insularis Centruroides hirsutipalpus Centruroides huichol

TAXONÓMICA: dd/mm/aaaa

Cadena de resguardo de la muestra asociada a una intoxicación por picadura de alacrán, abeja, avispa o mordedura de araña, que fue capturada en la plataforma.

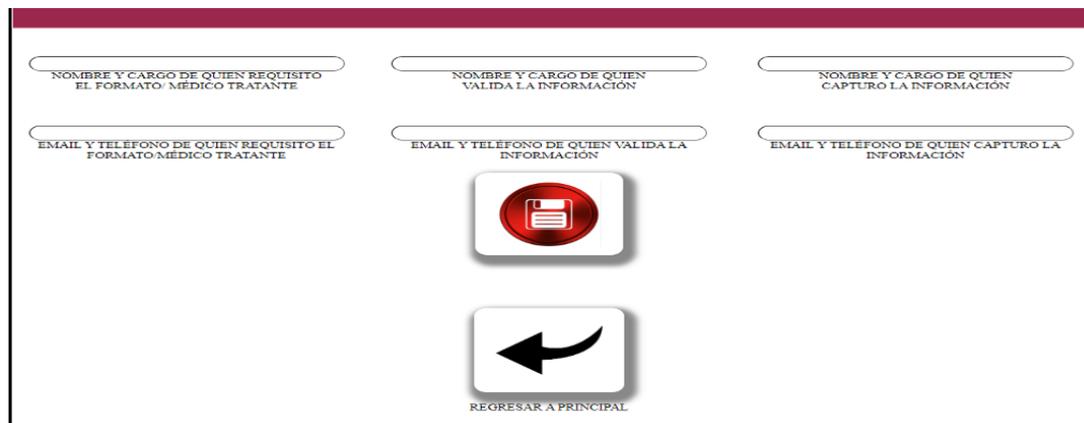
En el caso de las intoxicaciones donde esté involucrada una serpiente y se cuente con el ejemplar. Se ha gestionado con otras dependencias como: El Instituto de Biología de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, para la capacitación y clasificación de crótalos.

1. Como primer paso no forzar al afectado la presentación del espécimen involucrado. Si es por iniciativa propia la presentación de espécimen o fotografía, se lleva a cabo el procedimiento antes descrito para su envío al LESP o al InDRE.
2. En relación del envío y etiquetado de la muestra del espécimen, el personal que lo recibió coloca la muestra ya sea viva o muerta en frasco de plástico con alcohol al 70% o a cualquier concentración, con una etiqueta con nombre completo del paciente, fecha de ocurrencia del accidente, número de folio de la plataforma o con él envío del estudio de caso.
3. NOTA: La Vigilancia rutinaria establecida por el área de vectores, deberá de continuar con el protocolo establecido para el envío de estas muestras al LESP.
4. En caso de que el Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) no tenga el alta del diagnóstico de artrópodos ponzoñosos, debe remitir la muestra al Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico (InDRE) siguiendo los lineamientos vigentes.

La parte final establecida como reconocimiento taxonómico solo podrá ser llenado y revisado por el LESP o en su caso por el InDRE, cuando este se haya realizado.

Por ultimo: escribir el nombre y cargo de quien requisito el formato, puede ser el Médico tratante; así como su email y número telefónico.

De la misma forma se requiere el nombre, cargo, email y número telefónico de quien valida la información y de la persona que capturo dicha información en la plataforma.

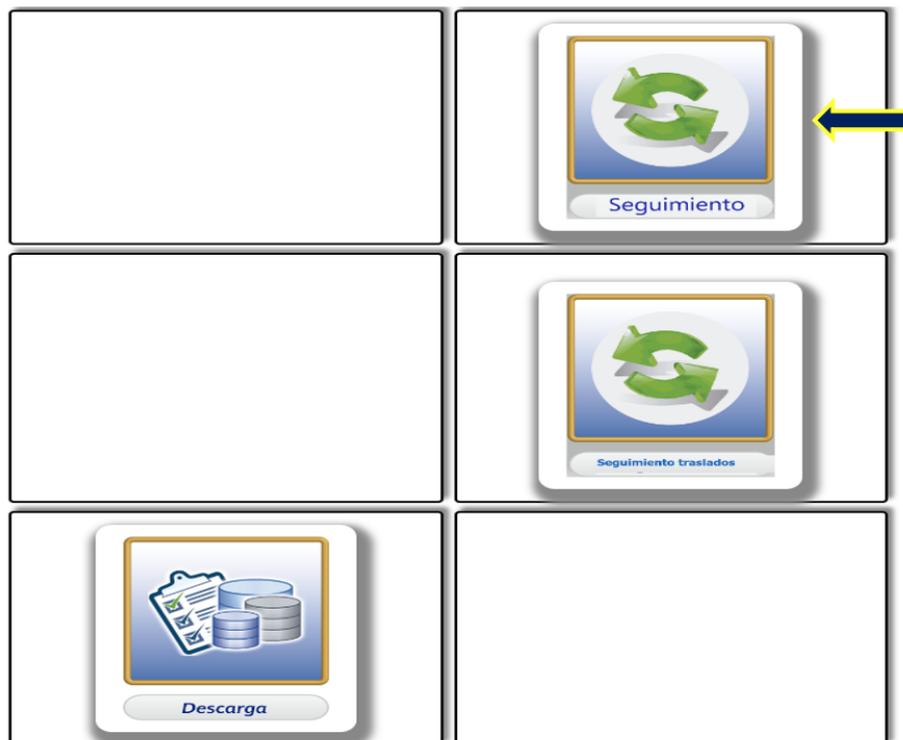


Una vez completado y haber capturado y guardado la información en la plataforma de Intoxicaciones por Animales Ponzosñosos, se abrirá un recuadro con el número de folio asignado por el sistema.



Seguimiento

Dependiendo de la unidad médica y su clave de acceso, podrá visualizar y realizar ciertas tareas. Una de ellas, es la de realizar seguimiento de un caso. Para tal proceso deberá de contar con el número de folio a seguir.



Este folio nos servirá para identificación del paciente y en caso de ser necesario revisar la información o realizar modificaciones cuando se realiza el seguimiento de un traslado, anexar resultados de laboratorio, si se envía el espécimen, para su valoración taxonómica.



Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de
INTOXICACIÓN
POR ANIMALES PONZOÑOSOS

BUSCAR REGISTROS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE(S)

PON23-71

BUSCAR

FOLIO

	Folio	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	CURP	Unidad Notificante	Unidad Tratante	Fecha de notificación
Seleccionar	PON23-71	CAMARGO	CASTILLO	MANUEL	CACM540502HMCMSN03	UMF 86 IXTAPALUCA	UMF 86 IXTAPALUCA	8/1/2023 2:28:52 PM



Seguimiento traslados

Cuando la Unidad Notificante tiene la necesidad de trasladar a un paciente, que sufrió una intoxicación por animal ponzoñosos, y es remitido a otra Unidad Médica para continuar con el tratamiento debido: a complicaciones, desabasto de antídoto o cualquier otra causa que se encuentra fuera de su alcance.

Deberá notificar su CLUES y el número de folio del archivo del paciente, a la nueva Unidad Médica, a donde se realice el traslado, para que puedan, acaezar a la información y poder continuar e incrementar o modificar el tratamiento que se requiera.

INTOXICACIONES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

23/10/2023 11:31:38 a. m.		PON23-2993	
FECHA DE NOTIFICACIÓN		FOLIO DE PLATAFORMA	
I.- UNIDAD NOTIFICANTE			
MÉXICO ENTIDAD	ECATEPEC MUNICIPIO	ECATEPEC DE MORELO LOCALIDAD	ECATEPEC DE MORELOS NOMBRE DE LA UNIDAD
ISSSTE INSTITUCIÓN	MCIST000075 CLUES		
II.- UNIDAD TRATANTE			
¿LLENAR CON LOS MISMOS DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE? --Seleccione--			
MÉXICO ENTIDAD	ECATEPEC MUNICIPIO	ECATEPEC DE MORELO LOCALIDAD	HGZ 68 TULPETLAC NOMBRE DE LA UNIDAD
IMSS INSTITUCIÓN	MCIMS000990 CLUES		
III.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN			



La Unidad que recibió el traslado del paciente, con los datos proporcionados, podrá ingresar al archivo correspondiente.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DGE
DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA

Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de
INTOXICACIÓN
POR ANIMALES PONZOÑOS

BUSCAR REGISTRO

CLUES NOTIFICANTE

FOLIO

BUSCAR

Descarga de base de datos (archivo Excel).

Se contempla que la plataforma nos arroje cuadros preestablecidos de algunos reportes, sin embargo, también permitirá, descargar la base de datos para su análisis y elaboración de reportes más elaborados que se requieran.



El administrador tendrá la facultad de: Desbloquear, bloquear, borrar y recuperar folios.

1. Desbloquear folio,
2. Bloquear folio,
3. Recuperar folio y
4. eliminar folios



Folio:

Desbloquear Folio

Bloquear Folio

Recuperar Folio

Eliminar Folio





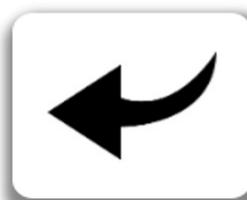
Administrar usuarios:

1. Desbloquear Usuario y/o
2. Bloquear Usuario

Usuario:

Desbloquear Usuario

Bloquear Usuario



El Usuario primario de la Unidad Médica, debe solicitar al responsable de la información del Nivel Jurisdiccional o al Nivel Estatal:

1. Desbloquear folio,
2. Bloquear folio,
3. Recuperar folio y
4. Eliminar folios

Para que puedan informar al Nivel Federal Administrador de dichas solicitudes. Se requisita el siguiente formato.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
Formato de solicitud para general Claves de Acceso a la Plataforma de Intoxicación por Animales Ponoñosos. Año 2024

Institución: _____

Nombre del usuario de la CLAVE	Puesto que desempeña	Correo electrónico	Teléfono	Nivel de acceso *	Lugar de adscripción o ubicación del usuario	Entidad	Usuario	Contraseña	CLUES

* Este campo lo llena el Coordinador Nacional del Sistema de Vigilancia de Intoxicación por Animales Ponoñosos.

NIVEL DE ACCESO	TIPO	FUNCIONES
1	Unidad Médica, Jurisdicción	1. Registro de Formularios. 2. Actualización de seguimientos. 3. Generación de reportes por Unidad Médica o Jurisdicción. 4. Consulta de catálogos.
2	Estatad	1. Actualización de seguimientos. 2. Generación de reportes por Estado. 3. Consulta de catálogos.
3	Central	1. Consulta de formularios. 2. Generación de reportes todos los niveles 3. Consulta de catálogos.
6	Captura	1. Registro de Formularios. 2. Consulta de catálogos.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA