

SEGUNDA SECCION
PODER EJECUTIVO
SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se dan a conocer los trámites, así como sus formatos que se realizan ante la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, 69-C, 69-M y 69-Q, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o, fracción XXVI, 13, apartado A, fracción II, 107 y 341, de la Ley General de Salud; 30, fracción X, 36, fracciones III, IV y VI, 37 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; 2, Apartado C, fracción IV y 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y puntos 18.1 y 18.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como estrategia transversal para el desarrollo nacional, la relativa a un Gobierno Cercano y Moderno, conforme a la cual, las políticas y acciones de gobierno inciden directamente en la calidad de vida de las personas, siendo por ello imperativo que se simplifiquen los trámites gubernamentales;

Que el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018 tiene como propósito promover un gobierno con políticas y programas enmarcados en una administración pública orientada a resultados, que sea eficiente y tenga mecanismos de evaluación que mejoren su desempeño, así como que simplifique la normativa y trámites gubernamentales;

Que la Ley General de Salud prevé como atribución de la Secretaría de Salud, el ejercicio de las funciones de control sanitario en materia de disposición de órganos, tejidos y sus componentes, así como células;

Que conforme a lo dispuesto por el artículo 107, de la Ley General de Salud, los establecimientos dedicados a las actividades relativas a la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, así como células, llevarán las estadísticas que les señale la Secretaría de Salud y proporcionarán a ésta la información correspondiente, sin perjuicio de las obligaciones de suministrar la información que les señalen otras disposiciones legales;

Que en términos de lo dispuesto por el artículo 37, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, los establecimientos que realicen actos de disposición de tejidos, entre ellos la sangre, con fines terapéuticos, rendirán informes de sus actividades en los términos, forma y periodicidad que determine la Secretaría de Salud;

Que los puntos 18.1 y 18.2, de la "Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", establecen que corresponde a los bancos de sangre, a los servicios de transfusión y a los establecimientos de atención médica que aplican transfusiones, en el ámbito de las funciones que se les autorizan, informar a la Secretaría de Salud sobre los actos de disposición de sangre o componentes sanguíneos que realizan, incluyendo la notificación de las reacciones o eventos adversos que ocurran asociados a la donación o a la transfusión, el cual deberá presentarse mensualmente en el formato aprobado para ello por la Secretaría de Salud, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al que se informa;

Que la Ley Federal de Procedimiento Administrativo establece las bases para llevar a cabo la mejora regulatoria de los trámites que aplica la Administración Pública Federal, ordenamiento que en su artículo 69-Q, prevé que las dependencias y los organismos descentralizados de la misma, no podrán aplicar trámites adicionales a los inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, ni aplicarlos en forma distinta a como se establecen en el mismo, salvo por las excepciones previstas por la propia Ley;

Que en atención a las anteriores consideraciones y a efecto de dar certeza y seguridad jurídica a los particulares, respecto de los trámites que deben realizar ante la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de la Trasfusión Sanguínea, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

ARTÍCULO PRIMERO. Los trámites que se realizan ante la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, que se encuentran inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria a que alude el artículo 69-M, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, son los siguientes:

HOMOCLAVE	NOMBRE DEL TRÁMITE	FORMATO	AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA	TIEMPO DE ATENCIÓN	FUNDAMENTO JURÍDICO
CNTS-01-002	Informe Mensual de la Disposición de Células Progenitoras o Troncales.	Informe mensual.	No aplica.	No aplica.	Artículos 107, de la Ley General de Salud; 36, fracción III y 37, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
CNTS-01-003-A	Informe Mensual de la Disposición de Sangre y Componentes Sanguíneos. Modalidad A) Bancos de Sangre.	Informe mensual.	No aplica.	No aplica.	Artículo 107, de la Ley General de Salud; 36, fracción III y 37, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y puntos 18.1 y 18.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
CNTS-01-003-B	Informe Mensual de la Disposición de Sangre y Componentes Sanguíneos. Modalidad B) Servicios de Transfusión.	Informe Mensual.	No aplica.	No aplica.	Artículo 107 de la Ley General de Salud, 36; fracciones III y 37, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y puntos 18.1 y 18.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

HOMOCLAVE	NOMBRE DEL TRÁMITE	FORMATO	AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA	TIEMPO DE ATENCIÓN	FUNDAMENTO JURÍDICO
CNTS-01-003-C	Informe Mensual de la Disposición de Sangre y Componentes Sanguíneos. Modalidad C) Uso Terapéutico.	Informe mensual.	No aplica.	No aplica.	Artículo 107, de la Ley General de Salud, 36; fracción III y 37, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y puntos 18.1 y 18.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

ARTÍCULO SEGUNDO. Se dan a conocer mediante el Anexo Único de este Acuerdo, los formatos, instructivos, y requisitos para la presentación de los trámites a los que hace referencia el artículo anterior.

ARTÍCULO TERCERO. Los informes y demás documentación relacionada con los trámites a que se refiere el presente Acuerdo deberán presentarse ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea a través de la liga electrónica ftp://187.191.75.52/Nombre_Estado.

Para efectos de lo anterior, los responsables de los establecimientos obligados a realizar los trámites a que se refiere el presente Acuerdo, solicitarán al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea la asignación del nombre de usuario y contraseña para presentar los informes y documentación a que se refiere el presente artículo.

ARTÍCULO CUARTO. El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea deberá incorporar y mantener actualizada la información de cada trámite, ante el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, en los términos establecidos en el artículo 69-M, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

ARTÍCULO QUINTO. El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, tendrá a disposición del público en general, el presente Acuerdo y su Anexo Único y no exigirá requisitos, trámites o costos distintos a los incluidos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

Los interesados podrán solicitar los formatos publicados en el presente Acuerdo al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Los trámites que hayan sido presentados con anterioridad a la entrada en vigor del presente Acuerdo y que se encuentren pendientes de resolución, se atenderán hasta su conclusión conforme a las disposiciones vigentes al momento de su presentación.

Dado en la Ciudad de México, a los treinta días del mes de mayo de dos mil diecisiete.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.

**ANEXO ÚNICO DEL ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS TRÁMITES, ASÍ COMO LOS
FORMATOS, QUE APLICA LA SECRETARÍA DE SALUD, A TRAVÉS DEL CENTRO NACIONAL DE LA
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, INSCRITOS EN EL REGISTRO FEDERAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS DE
LA COMISIÓN FEDERAL DE MEJORA REGULATORIA**

 <p>COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICIÓN DE CÉLULAS TRONCALES Y PROGENITORAS TRÁMITE: CNTS-01-002 Para ser llenado y firmado por el responsable sanitario del establecimiento</p>	
--	---

Datos Generales
Fecha en la que se elabora este informe (DD/MM/AAAA): ____/____/____ Mes y año que informa (MM/AAAA): ____/____
Razón social o denominación del establecimiento: _____
Calle y Núm. exterior e interior.: _____
Colonia: _____
Entre qué calles se encuentra el establecimiento: _____
Delegación / Municipio: _____
Entidad Federativa: _____ Código Postal.: _____ Teléfono(s): _____
Correo(s) electrónico (s): _____
Número de Licencia sanitaria: _____ Código único del establecimiento: _____
Perteneciente a: Secretaría de Salud Federal (); IMSS (); ISSSTE (); Servicios de Salud Estatales (); Pemex (); Secretaría de la Defensa Nacional SEDENA (); Secretaría de Marina SEMAR (); Privado (); Otro ()
(Especifique) _____

Sección A.- Disposición de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre placentaria
Ingresos durante el mes informado
1. Número de unidades de sangre placentaria colectadas: _____ a) Donación autóloga _____ b) Donación voluntaria o altruista _____ c) Donación designada _____
2. Número de unidades de células troncales y progenitoras procesadas y criopreservadas durante el mes para su resguardo en: a) El establecimiento que informa _____ b) Otro establecimiento del país _____ c) En el extranjero _____
3. Número de unidades procesadas procedentes de otro establecimiento: a) Del país _____ b) Del extranjero _____

Egresos y bajas de unidades de sangre placentaria durante el mes informado	
1. Número de unidades suministradas para trasplante de regeneración de la hematopoyesis: a) En el país _____ b) En el extranjero _____	
2. Número de unidades utilizadas o suministradas con fines de investigación*: a) En el establecimiento que informa _____ b) En otro establecimiento _____ c) En el extranjero _____	
*Para este numeral complemente la información en la Sección F.	
3. Número de unidades suministradas con alguna finalidad específica pero que no fueron utilizadas: a) En el país _____ b) En el extranjero _____	
4. Número total de unidades desechadas: Antes de procesarse _____ Después de procesarse _____ Antes del uso terapéutico _____	
5. Número total de bajas y sus causas (especifique): Por caducidad _____ Por peso o volumen _____ Por celularidad _____ Por microbiología positiva _____ Por serología positiva _____ Otras causas _____ Describa _____	
Existencias de Unidades de Células Troncales y Progenitoras obtenidas de la sangre placentaria, al cierre del informe	
1. Total de unidades validadas, almacenadas: _____	
Con estudios de histocompatibilidad (HLA) _____ Sin estudios de histocompatibilidad (HLA) _____	

Sección B.- Disposición de células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre circulante y médula ósea.				
Ingresos durante el mes informado.	Sangre circulante.		Médula ósea.	
	1. Número de donaciones durante el mes			
2. Número de unidades obtenidas para trasplante de regeneración de la hematopoyesis:				
3. Número de unidades obtenidas con fines de investigación	Del país		Del país	
	Del extranjero		Del extranjero	
Egresos durante el mes informado.	Sangre circulante.		Médula ósea.	
1. Número de unidades empleadas para trasplante de regeneración de la hematopoyesis				
2. Número de unidades empleadas o suministradas con fines de investigación (Complemente la información en la sección F)				
3. Número de unidades dadas de baja				
4. Número de unidades empleadas en trasplante de regeneración de médula ósea con fines terapéuticos en otro establecimiento:	Del país		Del país	
	Del extranjero		Del extranjero	
5. Número de unidades empleadas en medicina regenerativa con fines terapéuticos en otro establecimiento:	Del país		Del país	
	Del extranjero		Del extranjero	
Existencias				
1. Existencia de unidades criopreservadas obtenidas de la sangre circulante o de médula ósea:				

Sección C.- Disposición de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos.						
Ingresos durante el mes informado						
1. Cantidad y tejido de origen de las unidades de células troncales y progenitoras						
2. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos para:	Uso autólogo		Donación voluntaria o altruista		Donación designada	
3. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos procesadas y criopreservadas	En el establecimiento que informa		En un establecimiento distinto al que informa		En un establecimiento en el extranjero	
4. Número de unidades procedentes de otro establecimiento:	Del país			Del extranjero		
Egresos y bajas de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos.						
1. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos utilizadas o suministradas con fines de investigación.		Investigación Básica		Investigación en seres humanos		
2. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos desechadas:		Antes de procesarse		Después de procesarse		
Existencias de células troncales y progenitoras de otros tejidos, al cierre del informe						
1. Total de unidades validadas y almacenadas en criopreservación.						

Sección D.- Número de unidades de células troncales y progenitoras empleadas en procedimientos terapéuticos, considerando la fuente de obtención.				
De Sangre placentaria				
Trasplante de regeneración de la hematopoyesis	Alogénico:		Autólogo:	Singénico:
	Consanguíneo	No Consanguíneo		
De Sangre circulante				
Trasplante de regeneración de la hematopoyesis	Alogénico:		Autólogo:	Singénico:
	Consanguíneo.	No Consanguíneo.		
De Médula ósea.				
Trasplante de regeneración de la hematopoyesis	Alogénico		Autólogo	
	Consanguíneo	No Consanguíneo		

Sección E.- Número de personas registradas en base de datos como donantes voluntarios o altruistas de células troncales y progenitoras.	
Número total de personas registradas en base de datos	

Sección F.- Número de unidades de células troncales y progenitoras, suministradas con fines de investigación.				
Uso en Investigación en humanos.				
Nombre del Protocolo de investigación:	Número de unidades suministradas para uso:			Institución Receptora:
	Alogénico.	Singénico.	Autólogo.	
Sección G.- Número de reacciones o eventos adversos a la colecta de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas por aféresis, de la médula ósea o de otras fuentes.				
Reacciones o eventos adversos en la colecta por aféresis.			NÚMERO DE DONANTES	
1. Alergia al antiséptico.				
2. Reacciones vasovagales.				
3. Síncope.				
4. Náusea y/o vómito.				
5. Convulsiones.				
6. Hematoma en el sitio de la venopunción.				
7. Sangrado tardío.				
8. Punción accidental de una arteria.				
9. Flebitis.				
10. Embolismo / Trombosis.				
11. Celulitis.				
12. Irritación o lesión directa del nervio.				
13. Lesión del tendón.				
14. Dolor en el brazo.				
15. Síntomas de intoxicación por citrato.				
16. Otros eventos adversos a la donación.				
17. Muerte.				
Eventos adversos secundarios a la colecta de células progenitoras de la médula ósea.			TOTAL.	
1. Complicaciones asociadas a la anestesia.				
2. Hematomas.				
3. Infección local en los sitios de venopunción.				
4. Otros eventos adversos a la donación.				
Eventos adversos secundarios a la colecta de células progenitoras obtenidas de otros tejidos.			TOTAL.	
1. Número de reacciones o efectos adversos. Especifique el tejido:				
Descripción de las secuelas a consecuencias de la donación:				

Sección H.- Número de casos de reacciones o eventos adversos inmediatos imputables a la aplicación de células troncales y progenitoras.	
Tipo de Reacción:	Total
1. Náusea.	
2. Vómito.	
3. Dolor abdominal.	
4. Febrícula o fiebre	
5. Reacciones alérgicas o anafilácticas.	
6. Disnea.	
7. Hipotensión.	
8. Bradicardia.	
9. Sepsis.	
10. Otros eventos adversos:	
11. Especifique la reacción o efecto adverso, imputable a la aplicación de las células.	

Sección I.- Marcadores serológicos en unidades de células troncales y progenitoras obtenidas por sangre placentaria, de la sangre circulante, de la médula ósea o cualquier otro tejido.						
I.1 Número de mujeres que donaron sangre placentaria: _____						
Marcadores:	Negativo	Reactivo	Repetidamente reactivo	Confirmado	No estudiadas	Total
VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>						
Ac. anti VIH 1-2.						
Ac. contra VIH.						
Ags HB.						
Ac. contra el Ag. Core HB.						
Ac. contra el VHC.						
Ac. anti Toxoplasma.						
Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .						
Ac. anti HTLV I-II.						
Ac. contra el virus del herpes simple.						
Ac. contra el virus Epstein Barr.						
Ac. IgG e IgM contra Citomegalovirus.						
Otros.						
I.2 Número de donantes de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre circulante: _____						
Marcadores:	Negativo.	Reactivo.	Repetidamente reactivo.	Confirmado.	No estudiadas.	Total
VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>						
Ac. anti VIH 1-2.						
Ac. contra VIH.						
Ags HB.						
Ac. contra el Ag. Core HB.						
Ac. contra el VHC.						
Ac. anti Toxoplasma.						
Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .						
Ac. anti HTLV I-II.						
Ac. contra el virus del herpes simple.						
Ac. contra el virus Epstein Barr.						
Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.						
Otros.						

I.3 Número de donantes de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de médula ósea: _____						
Marcadores:	Negativo	Reactivo.	Repetidamente reactivo	Confirmado	No estudiadas	Total
VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>						
Ac. anti VIH 1-2.						
Ac. contra VIH.						
Ags HB.						
Ac. contra el Ag. Core HB.						
Ac. contra el VHC.						
Ac. anti Toxoplasma.						
Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .						
Ac. anti HTLV I-II.						
Ac. contra el virus del herpes simple.						
Ac. contra el virus Epstein Barr.						
Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.						
Otros.						
I.4 Número de donantes que proporcionaron células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos, especifique: _____						
Marcadores:	Negativo	Reactivo	Repetidamente reactivo	Confirmado	No estudiadas	Total
VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>						
Ac. anti VIH 1-2.						
Ac. contra VIH.						
Ags HB.						
Ac. contra el Ag. Core HB.						
Ac. contra el VHC.						
Ac. anti Toxoplasma.						
Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .						
Ac. anti HTLV I-II.						
Ac. contra el virus del herpes simple.						
Ac. contra el virus Epstein Barr.						
Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.						
Otros.						

Sección J.- Desglose de intercambio de unidades de células troncales y progenitoras para uso terapéutico						
Desglose de unidades de células troncales y progenitoras recibidas en su establecimiento.						
Nombre del establecimiento que las suministró:	Fuente de obtención de las células:					
	Total de unidades y país de origen.		Sangre placentaria.	Sangre circulante.	Médula ósea.	Otros tejidos (especifique):
	Total	País de origen				

Desglose de unidades de células troncales y progenitoras que suministró a otros establecimientos.						
Nombre del establecimiento receptor:	Total de unidades y país receptor		Fuente de obtención de las células:			
	Total	País de origen	Sangre placentaria.	Sangre circulante.	Médula ósea.	Otros tejidos (especifique):

Sección K.- Informe de pacientes tratados con unidades suministradas por el banco informante.			
Número total de pacientes.	Alogénico	Singénico	Autólogo
1. Trasplantados con células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre placentaria.			
2. Trasplantados con células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre circulante.			
3. Trasplantados con células troncales y progenitoras obtenidas de la médula ósea.			
4. Tratados con células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos (especifique):			
5. Trasplantados para regeneración de médula ósea con injerto exitoso			
6. Trasplantados para regeneración de médula ósea con injerto fallido.			
7. Número de casos de EICH crónicos que le hubiesen reportado			
8. Número de casos de EICH agudos que le hubiesen reportado			
9. Número de receptores muertos			

Observaciones y aclaraciones

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos consignados son verídicos, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones.

Los Datos Generales pueden contener información confidencial ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

SI

NO

Nombre y firma del responsable sanitario

Lugar y fecha de elaboración

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE COMUNICAR AL TELÉFONO DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (55) 63 92 22 50 ext. 51681 O AL CORREO ELECTRÓNICO metodologia-cnts@salud.gob.mx

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL
FORMATO DEL INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICION DE CÉLULAS TRONCALES Y
PROGENITORAS.**

TRÁMITE: CNTS-01-002

INSTRUCCIONES GENERALES:

Conserve este instructivo para el llenado del formato del informe mensual de la disposición de células troncales y progenitoras, en adelante el "Informe". En caso de extravío, solicite una copia en el Centro Nacional o en el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de su entidad federativa u obtenga una copia en la dirección electrónica: <http://www.gob.mx/cnts>

Los bancos de sangre con disposición de células troncales y progenitoras, los establecimientos que colectan células procedentes de médula ósea o de otros tejidos, así como los establecimientos que realizan trasplantes de médula ósea, deberán enviar el "Informe" al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, o en su caso, al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea correspondiente, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al que se informa.

El "Informe" deberá ser llenado y enviado a la liga electrónica ftp://187.191.75.52/Nombre_Estado a través del sitio oficial <http://www.gob.mx/cnts> del Centro Nacional en el Apartado de Trámites o, en su caso, a los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.

El formato correspondiente, adecuadamente llenado, deberá distribuirse de la manera siguiente:

- Formato en Excel para Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- Escaneo en formato PDF del documento impreso que contenga el nombre (s) y la firma (s) autógrafas, para Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- En su caso, para el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.
- El informe impreso deberá conservarse en el establecimiento informante, con fines de comprobación del cumplimiento del trámite.

En el formato, realice las anotaciones en los espacios correspondientes, sobre las líneas o dentro de las casillas indicadas para tales efectos. Emplee números arábigos y, anote las cantidades en unidades.

Utilice las siglas NA (no aplica) para indicar que el establecimiento no realiza determinada actividad y 0 (cero), cuando en el mes informado no se realizó la actividad de que se trate o no se dispuso o procesó determinado material biológico.

El informe deberá ser llenado, firmado y rubricado de manera autógrafa por el responsable sanitario del establecimiento. En ausencia de éste, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre y apellidos del responsable sanitario.

Para los fines de este trámite son aplicables las definiciones siguientes:

1. **Donante familiar o de reposición:** persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos a favor de un paciente, en respuesta a una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
2. **Aféresis:** el procedimiento que tiene por objeto la separación de componentes de la sangre provenientes de un solo donante de sangre humana, mediante centrifugación directa o con máquinas de flujo continuo o discontinuo.
3. **Donante designado:** la persona en la que existe una clara indicación médica para el uso de sus células progenitoras en un paciente determinado.
4. **Donante voluntario o altruista:** la persona que proporcione células troncales y progenitoras para uso terapéutico y/o de investigación, motivada únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio.
5. **Uso alogénico:** cuando el donante y el receptor de las células troncales son de la misma especie, aunque no genéticamente idénticos.
6. **Uso autólogo:** cuando el donante de sangre o células troncales y progenitoras es la misma persona que el receptor.
7. **Uso singénico:** cuando el donante y el receptor de sangre o células troncales y progenitoras, son genéticamente idénticos.
8. **Donante autólogo:** La persona que proporciona su sangre para su uso exclusivo en sí misma, cuando se anticipa el requerimiento transfusional y se desarrolla un plan de donación.

DATOS GENERALES.

Fecha en la que se elabora este informe (DD/MM/AAAA):	Anote el día, mes y año, en número arábigos con dos dígitos para el día y mes (anteponiendo un 0 donde se requiera), seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Mes y año que informa (MM/AAAA):	Anote el mes y año que está informando, en números arábigos con dos dígitos para el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Razón Social o denominación del establecimiento	Registre el nombre completo del establecimiento sin abreviaturas, el cual debe corresponder al de su licencia sanitaria (ejemplo: Banco de Cordón Umbilical, S.A. de C.V.).
Calle y núm. exterior e interior	Anote el nombre completo de la calle, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento, su número exterior y en caso de contar con número interior, también anotarlo.
Colonia	Registre el nombre completo de la colonia, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Entre qué calles se encuentra el establecimiento	Anotar entre qué calles se encuentra ubicado el establecimiento.
Delegación/Municipio	Anotar el nombre completo de la delegación política o municipio, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Entidad federativa	Anotar la entidad federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Código Postal	Registrar el número completo del código postal que corresponda.
Teléfono(s).	Anote el o los números telefónicos, incluyendo clave lada (ejemplo 01 (55) + teléfono local).
Correo(s) electrónico(s).	Anote el o los correos electrónicos de contacto del establecimiento o del responsable sanitario.
Número de Licencia Sanitaria	Anote el número completo de la Licencia Sanitaria del establecimiento.
Código único del establecimiento	Registre el código único del establecimiento. Éste número le será proporcionado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, a través del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre.
Pertenece a:	En el paréntesis marque con una "X" la opción del establecimiento correspondiente (por ejemplo: SSA [X]). En caso de que el establecimiento no pertenezca a una institución de las mencionadas en el formato, marque con una "X" la opción "otro" y en el rubro "Especifique", registre el nombre completo de la institución o dueño del establecimiento.

Sección A.- Disposición de Unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre placentaria.

Ingresos durante el mes informado.

1. Número de unidades de sangre placentaria colectadas:

Registre el número total de unidades colectadas durante el mes y después especifique el tipo de donación:

 - a) Donación autóloga (véase numeral 6 en las instrucciones generales).
 - b) Donación voluntaria o altruista (véase numeral 4 en las instrucciones generales).
 - c) Donación designada (véase numeral 3 en las instrucciones generales).

2. Número de unidades de células troncales y progenitoras procesadas y criopreservadas durante el mes para su resguardo en:

Registre el número de unidades de células progenitoras o troncales obtenidas de sangre placentaria que procesó y almacenó, durante el mes, según el establecimiento que las mantiene en criopreservación, que podrán ser:

 - a) En el establecimiento que informa.
 - b) En otro establecimiento en el país.
 - c) En un establecimiento en el extranjero.

3. Número de unidades procesadas procedentes de otro establecimiento:

Registre el número de unidades de células troncales y progenitoras procesadas que hubiese recibido: a) de otro establecimiento del país o b) de un establecimiento del extranjero.

Egresos y bajas de unidades de sangre placentaria durante el mes informado.

1. Número de unidades suministradas para trasplante de regeneración de la hematopoyesis:

Registre el número de unidades que suministró para fines de trasplante de regeneración de la hematopoyesis, según sea su destino, ya sea en el país o para el extranjero.

2. Número de unidades utilizadas o suministradas con fines de investigación:

Registre el número de unidades que suministró para fines de investigación ya sea en el establecimiento que informa, en otro establecimiento en el país, o en el extranjero. (En este numeral deberá complementar la información en la sección F).

3. Número de unidades suministradas con alguna finalidad específica pero que no fueron utilizadas:

Registre el número de unidades que se enviaron para un uso específico, pero que no fueron utilizadas, ya sea en el país o en el extranjero.

4. Número total de unidades desechadas:

Registre el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre placentaria desechadas antes o después de su procesamiento, así como antes del uso terapéutico.

5. Número total de bajas y sus causas (especifique):

Especifique el número de bajas de sangre placentaria y el motivo de la baja (Caducidad, Peso o Volumen, Celularidad, Microbiología positiva, Serología positiva u otras); en caso de marcar "Otros", describa la o las causa(s) en el renglón correspondiente.

Existencias de Unidades de Células Troncales y Progenitoras obtenidas de la sangre placentaria, al cierre del informe.

1. Total de unidades validadas, almacenadas:

Registre el número de unidades de sangre placentaria cuyos resultados de los marcadores de infección y de control de calidad fueron satisfactorios, y desglose las que se encuentran con o sin estudios de histocompatibilidad (HLA).

Sección B.- Disposición de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre circulante y médula ósea.**Ingresos durante el mes informado.**

1. Número de donaciones durante el mes: Registre el número de unidades colectadas durante el periodo reportado especificando su número por cada origen de extracción.
 - Sangre circulante.
 - Médula ósea.
2. Número de unidades obtenidas para trasplante de regeneración de la hematopoyesis: Registre el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre circulante o de médula ósea; para regeneración de hematopoyesis, según corresponda el ingreso.
3. Número de unidades obtenidas con fines de investigación: Registre el número de unidades obtenidas de sangre circulante y/o de médula ósea para fines de investigación que se hayan obtenida en el país o en el extranjero.

Egresos durante el mes informado.

1. Número de unidades empleadas en trasplante de regeneración de médula ósea en el establecimiento que informa: Registre el número de unidades empleadas para fines de trasplante de regeneración de la médula ósea, según su procedencia:
 - Sangre circulante.
 - Médula ósea.
2. Número de unidades empleadas o suministradas con fines de investigación: Anote el número de unidades empleadas en investigación, según su procedencia:
 - Sangre circulante.
 - Médula ósea.(Complemente la información en la sección F)
3. Número de unidades dadas de baja: Indique el número de unidades de células troncales y progenitoras de sangre circulante y médula ósea dadas de baja.
4. Número de unidades empleadas en trasplante de regeneración de médula ósea con fines terapéuticos en otro establecimiento: Registre el número de unidades, obtenidas de sangre circulante o de médula ósea; empleadas para trasplante de regeneración de la hematopoyesis, según corresponda con el destino:
 - En el país, o
 - En el extranjero.
5. Número de unidades empleadas en medicina regenerativa con fines terapéuticos en otro establecimiento: Registre el número de unidades, obtenidas de sangre circulante o de médula ósea; empleadas en medicina regenerativa, u otras aplicaciones en humanos, según corresponda con el destino:
 - En el país, o
 - En el extranjero.

Existencias.

1. Existencia de unidades criopreservadas obtenidas de la sangre circulante o de médula ósea: Registre el número de unidades criopreservadas que tenga almacenadas, obtenidas de la sangre circulante y/o de médula ósea, según sea el caso.

Sección C.- Disposición de Unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos.**Ingresos durante el mes informado.**

1. Cantidad y tejido de origen de las unidades de células troncales y progenitoras: Registre el número total de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos en el mes que informa, detallando el o los tejidos del que se obtuvieron.
2. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos para:
 - Uso autólogo.
 - Donación voluntaria o altruista.
 - Donación designada.
3. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos procesadas y criopreservadas en:
 - El establecimiento que informa.
 - Un establecimiento distinto al que informa, esto es: otro establecimiento en el país con la misma o diferente razón social.
 - Un establecimiento en el extranjero, con la misma o diferente razón social.
4. Número de Unidades procedentes de otro establecimiento: Registre el número de unidades de células troncales y progenitoras procesadas; obtenidas de otros tejidos, que hubiese recibido de otro establecimiento del país o del extranjero.

Egresos y bajas de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos.

1. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos utilizadas o suministradas con fines de investigación. Registre el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos con fines de investigación, según sea su destino, ya sea:
 - En investigación básica.
 - En investigación en seres humanos.
2. Número de unidades de células troncales y progenitoras de otros tejidos desechadas: Registre el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos que fueron desechadas, ya sea:
 - Antes de procesarse.
 - Después de procesarse.

Existencia de células troncales y progenitoras de otros tejidos al cierre del informe.

1. Total de unidades validadas y almacenadas en criopreservación: Registre el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos, que mantenga en criopreservación al momento de elaborar el informe.

Sección D.- Número de unidades de células troncales y progenitoras empleadas en procedimientos terapéuticos, considerando la fuente de obtención.

1. De sangre placentaria. Indique el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre placentaria, empleadas en trasplante de regeneración de la hematopoyesis, registrando, además, si el uso fue Alogénico (No consanguíneo o Consanguíneo), Autólogo o Singénico.
2. De sangre circulante. Indique el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre circulante, empleadas en trasplante de regeneración de la hematopoyesis, indicando, además, si el uso fue Alogénico (No consanguíneo o Consanguíneo), Autólogo o Singénico.
3. De médula ósea. Indique el número de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de la médula ósea, empleadas en trasplante de regeneración de la hematopoyesis, indicando, además, si el uso fue Alogénico (No consanguíneo o Consanguíneo), Autólogo o Singénico.

Sección E.- Número de personas registradas en base de datos como donantes voluntarios o altruistas de células troncales y progenitoras.

En su caso, señale el número de donantes voluntarios o altruistas, de células troncales y progenitoras que tenga registrados en base de datos, con estudios de histocompatibilidad.

Sección F.- Número de Unidades de células troncales y progenitoras, suministradas con fines de investigación.

En el caso de las células troncales y progenitoras de uso en investigación en humanos, registre el nombre del protocolo de investigación en el cual se requieran las células, registre el número de unidades suministradas para uso alogénico, singénico o autólogo, así como también la institución que recibe las unidades.

Sección G.- Número de reacciones o eventos adversos a la colecta de Unidades de células troncales y progenitoras obtenidas por aféresis, de la médula ósea o de otras fuentes.

En las columnas de esta sección indique: el número de donantes que, durante el mes informado, presentaron alguna de la (s) reacciones o eventos adversos que indica la tabla de acuerdo a lo siguiente:

Reacciones o eventos adversos en la colecta por aféresis.

1. Alergia al antiséptico. Registre el número de donantes que presentaron una reacción manifestada por ardor, prurito, eritema, urticaria en el sitio de la aplicación del antiséptico.
2. Reacciones vasovagales. Registre el número de donantes que presentaron una reacción vasovagal manifestada por: debilidad, sudoración, mareo, palidez, piel fría, hipotensión y disminución de la frecuencia cardíaca. Estas reacciones pueden ser causadas por factores psicológicos o por una respuesta neurofisiológica a la donación. Pueden ocasionarse al ver la sangre donada, por ver a otros donar o por nerviosismo individual o de un grupo de donantes.
3. Síncope. Registre el número de donantes que presentaron síncope, el cual se manifiesta por: pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad, debida a la suspensión súbita y momentánea de la actividad cardíaca.

4. Náusea y/o vómito. Registre el número de donantes que presentaron náusea y/o vómito. Al igual que las reacciones vasovagales, pueden ser causadas por factores psicológicos o por una respuesta neurofisiológica a la donación.
5. Convulsiones. Anote el número de donantes que presentaron convulsiones. En estos casos puede presentarse, además, salida involuntaria de orina, heces o ambos.
6. Hematoma en el sitio de la venopunción. Registre el número de donantes que presentaron extravasación de sangre manifestado por aumento de volumen en el sitio de la venopunción. No registre los casos en que se presentó equimosis, que se observan con mayor frecuencia.
7. Sangrado tardío. Anote el número de donantes en quienes después de una hemostasia inicial adecuada presentan de nuevo sangrado en el sitio de la venopunción. Se presenta después que el donante se ha levantado del sillón de sangrado. Ocurre por hacer esfuerzos con el brazo o simplemente con los movimientos de éstos durante la marcha.
8. Punción accidental de una arteria. Anote el número de donantes en que ocurrió punción accidental de la arteria. Ocurre en raras ocasiones, se manifiesta con dolor, formación rápida de hematoma, palidez distal, pulso radial débil o ausencia de pulso.
9. Flebitis. Anote el número de donantes que presentan cualquiera de los siguientes síntomas:
- Enrojecimiento o inflamación de la piel a lo largo del trayecto venoso donde se efectuó la punción;
 - Calor en el tejido alrededor de la vena;
 - Sensibilidad o dolor a lo largo de la vena que empeora cuando se aplica presión sobre la misma, o
 - Endurecimiento de la vena (consistencia similar a la de un tendón).
10. Embolismo/Trombosis. Registre el número de donantes en los que ocurrió una oclusión o bloqueo de un vaso sanguíneo de menor diámetro al del émbolo o coágulo originado en el sitio de la venopunción. Se manifiesta por disestesia (hormigueo o adormecimiento), dolor en el área afectada, palidez y frialdad de la piel. Los émbolos son trombos que han viajado por la sangre hasta llegar a un vaso pequeño donde se enclavan.
11. Celulitis. Anote el número de donantes que presentaron inflamación del tejido celular subcutáneo adyacente al sitio de la venopunción. Los síntomas suelen ser similares a los de una tromboflebitis, puede presentarse fiebre, lesiones o erupción en la piel que aparecen repentinamente y crecen rápidamente en las primeras 24 horas. Apariencia de la piel tensa, brillante y estriada.
12. Irritación o lesión directa del nervio. Registre el número de donantes en los cuales la punción ocasionó un daño en la cubierta o parte central de un nervio del antebrazo, que impide o retrasa el envío de las señales nerviosas. Ocurren con poca frecuencia en los nervios radial o humeral, especialmente en punciones traumáticas o fallidas o efectuadas por personal de salud inexperto. Se puede manifestar por disestesias (hormigueo o adormecimiento), dolor en la piel a lo largo de la ruta del nervio o disminución de la sensibilidad, disminución de la capacidad para movilizar el brazo, debilidad o atrofia muscular, o pérdida de reflejos.

- 13. Lesión del tendón.** Registre el número de donantes en los que se sospecha un daño del tendón secundario o lesión directa provocada por la aguja de venopunción. Se presenta con dolor, sensibilidad e inflamación a lo largo del tendón afectado, generalmente es cercano a la articulación y empeora con el movimiento. No se presenta equimosis o hematoma a menos que haya ruptura de un vaso sanguíneo.
- 14. Dolor en el brazo.** Registre los casos en que ocurre dolor en el brazo donde se efectuó la venopunción y que persiste por más de una semana, en el que no se identifica con precisión otra causa, tales como: lesiones del paquete neurovascular, lesiones de tendones, infecciones u otras.
- 15. Síntomas de intoxicación por citrato.** Registre el número de casos que en la sesión de aféresis, presentaron síntomas por el paso del anticoagulante a la circulación, entre ellos se encuentran: parestesias peri bucal o facial y tetania.
- 16. Otros efectos adversos a la donación.** En esta fila registre cualquier otro evento adverso o inesperado potencialmente imputable a la donación.
- 17. Muerte.** Indique los casos en los que ocurrió muerte de los donantes.

Eventos adversos secundarios a la colecta de células progenitoras de la médula ósea.

- 1. Complicaciones asociadas a la anestesia.** Registre el número de eventos o reacciones adversas e inesperados imputables a la anestesia. En su caso, amplíe la información en el espacio destinado para "OBSERVACIONES O ACLARACIONES" al final del formato.
- 2. Hematomas.** Anote el número de casos en que se presentaron hematomas (no equimosis), como resultados de las punciones medulares efectuadas durante el procedimiento de extracción.
- 3. Infección local en los sitios de venopunción.** Registre el número de donantes que presentaron alguna infección en cualquiera de los sitios de las punciones medulares.
- 4. Otros eventos adversos a la donación.** Registre cualquier otro evento adverso o inesperado potencialmente imputable a la colecta de células troncales y progenitoras de la médula ósea.

Eventos adversos secundarios a la colecta de células progenitoras obtenidas de otros tejidos.

- 1. Número de reacciones o efectos adversos. Especifique el tejido:** Señale el número total de casos donde se presentó una reacción o efecto adverso a la colecta de células troncales y progenitoras de otros tejidos, señale cuál, y, en su caso, el número de donantes que tuvieron alguna secuela o muerte atribuible a la colecta.

Descripción de las secuelas a consecuencia de la donación: En este espacio, en escrito libre, indique el tipo de secuelas observadas atribuibles a la colecta de células troncales y progenitoras.

Sección H.-	Número de casos de reacciones o eventos adversos inmediatos imputables a la aplicación de células troncales y progenitoras.
Registre el tipo de reacción o evento adverso detectado en la aplicación de células troncales y progenitoras, informando por cada tipo de fuente de obtención de las células, en caso de que fuera otro tejido que no se encuentre nombrado en la tabla, especificar el tejido	
1. Náusea.	Anote el número de pacientes que presentaron náusea como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
2. Vómito.	Anote el número de pacientes que presentaron vómito como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
3. Dolor abdominal.	Registre el número de pacientes que presentaron dolor abdominal como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las mismas: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
4. Febrícula o fiebre.	Anote el número de pacientes que presentaron elevación de la temperatura durante o después de la aplicación de células troncales y progenitoras, de más de 1° C respecto de la temperatura previa a la aplicación, sin que haya otra causa aparente, durante o después de la aplicación, considerando la procedencia de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
5. Reacciones alérgicas o anafilácticas.	Registre el número de pacientes que presentaron reacciones de hipersensibilidad inmediata, posterior a la aplicación de las células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las mismas: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos. Las reacciones pueden ser tipo urticaria simple (eritema local, ampollas y prurito), estornudos, sibilancias, ronquidos, estridor, angioedema, dolor torácico, disnea, hipotensión, taquicardia, arritmia, cólicos o diarrea, en ausencia de fiebre. Puede ser secundaria a los mismos factores causales de la urticaria o por anticuerpos contra la inmunoglobulina "A" en pacientes deficientes de esta inmunoglobulina.
6. Disnea.	Registre el número de pacientes que presentaron dificultad respiratoria como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células progenitoras: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
7. Hipotensión.	Indique el número de pacientes que presentaron datos de hipotensión (tensión arterial menor de 90 mm/Hg para la sistólica y menor a 60 mm/Hg para la diastólica) como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células progenitoras: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
8. Bradicardia.	Anote el número de pacientes que presentaron datos de bradicardia (frecuencia cardíaca inferior a 50 latidos por minuto) como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
9. Sepsis.	Registre el número de pacientes que presentaron datos de infección sistémica por la aplicación de la unidad de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las mismas: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos. La contaminación de unidades ocurre más frecuentemente durante la flebotomía o durante el procesamiento de las unidades, se observa más frecuentemente en unidades que se han conservado a temperaturas inadecuadas.
10. Otros eventos adversos:	Anote el número de pacientes que presentaron cualquier otro evento o reacción imputable a la aplicación de la(s) unidad(es) de células progenitoras, según la fuente de obtención de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.
11. Especifique la reacción o efecto adverso, imputable a la aplicación de las células.	En este espacio, en escrito libre, señale cualquier reacción o efecto adverso distinto a los señalados en los numerales 1 a 9.

Sección I.-	Marcadores serológicos en unidades de células troncales y progenitoras obtenidas por sangre placentaria, de la sangre circulante, de la médula ósea o cualquier otro tejido.
--------------------	---

I.1 Número de mujeres que donaron sangre placentaria.															
Registre el número total de mujeres que donaron sangre placentaria.															
<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Marcadores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>- VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i></td></tr> <tr><td>- Ac. anti VIH 1-2.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra VIH.</td></tr> <tr><td>- Ags HB.</td></tr> <tr><td>- Ac contra el Ag. Core HB.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el VHC.</td></tr> <tr><td>- Ac. anti Toxoplasma.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el <i>T. cruzi</i>.</td></tr> <tr><td>- Ac. anti HTLV I-II.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el virus de herpes simple.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el virus Epstein Barr.</td></tr> <tr><td>- Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.</td></tr> <tr><td>- Otros.</td></tr> </tbody> </table>	Marcadores	- VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>	- Ac. anti VIH 1-2.	- Ac. contra VIH.	- Ags HB.	- Ac contra el Ag. Core HB.	- Ac. contra el VHC.	- Ac. anti Toxoplasma.	- Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .	- Ac. anti HTLV I-II.	- Ac. contra el virus de herpes simple.	- Ac. contra el virus Epstein Barr.	- Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.	- Otros.	<p>Registre en cada recuadro el número de casos de mujeres que donaron sangre placentaria, considerando el resultado obtenido en las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, indicando si el resultado en las muestras del suero de la sangre materna fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negativo; - Reactivo; - Repetidamente reactivo; - Confirmado, o - No estudiadas. <p>De no rastrear rutinariamente algún marcador de infección en alguna de las muestras señálelo con las siglas NA. (No Aplica)</p> <p>Finalmente, se deberá establecer en la última columna el total de cada uno de los marcadores.</p>
Marcadores															
- VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>															
- Ac. anti VIH 1-2.															
- Ac. contra VIH.															
- Ags HB.															
- Ac contra el Ag. Core HB.															
- Ac. contra el VHC.															
- Ac. anti Toxoplasma.															
- Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .															
- Ac. anti HTLV I-II.															
- Ac. contra el virus de herpes simple.															
- Ac. contra el virus Epstein Barr.															
- Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.															
- Otros.															

I.2 Número de donantes de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre circulante.															
Registre el número total de donantes de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre circulante.															
<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Marcadores.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>- VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i></td></tr> <tr><td>- Ac. anti VIH 1-2.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra VIH.</td></tr> <tr><td>- Ags HB.</td></tr> <tr><td>- Ac contra el Ag. Core del HB.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el VHC.</td></tr> <tr><td>- Ac. anti Toxoplasma.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el <i>T. cruzi</i>.</td></tr> <tr><td>- Ac. anti HTLV I-II.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el virus de herpes simple.</td></tr> <tr><td>- Ac. contra el virus Epstein Barr.</td></tr> <tr><td>- Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.</td></tr> <tr><td>- Otros.</td></tr> </tbody> </table>	Marcadores.	- VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>	- Ac. anti VIH 1-2.	- Ac. contra VIH.	- Ags HB.	- Ac contra el Ag. Core del HB.	- Ac. contra el VHC.	- Ac. anti Toxoplasma.	- Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .	- Ac. anti HTLV I-II.	- Ac. contra el virus de herpes simple.	- Ac. contra el virus Epstein Barr.	- Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.	- Otros.	<p>Registre el número de donantes de células progenitoras obtenidas de la sangre circulante, considerando el resultado obtenido en las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, indicando si el resultado fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negativo; - Reactivo; - Repetidamente reactivo; - Confirmado, o - No estudiadas. <p>De no rastrear rutinariamente algún marcador de infección en alguna de las muestras señálelo con las siglas NA.(No Aplica)</p> <p>Finalmente, se deberá establecer en la última columna el total de cada uno de los marcadores.</p>
Marcadores.															
- VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i>															
- Ac. anti VIH 1-2.															
- Ac. contra VIH.															
- Ags HB.															
- Ac contra el Ag. Core del HB.															
- Ac. contra el VHC.															
- Ac. anti Toxoplasma.															
- Ac. contra el <i>T. cruzi</i> .															
- Ac. anti HTLV I-II.															
- Ac. contra el virus de herpes simple.															
- Ac. contra el virus Epstein Barr.															
- Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus.															
- Otros.															

I.3 Número de donantes de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de médula ósea.

Registre el número total de donantes de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de médula ósea.

Marcadores.	
<ul style="list-style-type: none"> - VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i> - Ac. anti VIH 1-2. - Ac. contra VIH. - Ags HB. - Ac contra el Ag. Core HB. - Ac. contra el VHC. - Ac. anti Toxoplasma. 	<p>Registre el número de donantes de unidades de células progenitoras obtenidas de la médula ósea, de acuerdo al resultado obtenido en las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, indicando si el resultado fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negativo; - Reactivo; - Repetidamente reactivo; - Confirmado, o - No estudiadas.
<ul style="list-style-type: none"> - Ac. contra el <i>T. cruzi</i>. - Ac. anti HTLV I-II. - Ac. contra el virus de herpes simple. - Ac. contra el virus Epstein Barr. - Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus. - Otros. 	<p>De no rastrear rutinariamente algún marcador de infección en alguna de las muestras señálelo con las siglas NA. (No Aplica)</p> <p>Finalmente, se deberá establecer en la última columna el total de cada uno de los marcadores.</p>

I.4 Número de donantes que proporcionaron células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos, (especifique):

Registre el número total de donantes que proporcionaron células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos, especificando los tejidos de donde se extrajeron las células.

Marcadores.	
<ul style="list-style-type: none"> - VDRL o su equivalente para el estudio de detección de <i>Treponema Pallidum</i> - Ac. anti VIH 1-2. - Ac. contra VIH. - Ags HB. - Ac contra el Ag. Core HB. - Ac. contra el VHC. - Ac. anti Toxoplasma. - Ac. contra el <i>T. cruzi</i>. - Ac. anti HTLV I-II. 	<p>Registre el número de donantes de unidades de células progenitoras obtenidas de otros tejidos, de acuerdo al resultado obtenido en las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, indicando si el resultado fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negativo; - Reactivo; - Repetidamente reactivo; - Confirmado, o - No estudiadas.
<ul style="list-style-type: none"> - Ac. contra el virus de herpes simple. - Ac. contra el virus Epstein Barr. - Ac. IgG e IgM contra el Citomegalovirus. - Otros. 	<p>De no rastrear rutinariamente algún marcador de infección en alguna de las muestras señálelo con las siglas NA.</p> <p>Finalmente, se deberá establecer en la última columna el subtotal de cada uno de los marcadores.</p>

SECCIÓN J.- Desglose de intercambio de unidades de células troncales y progenitoras para uso terapéutico**Desglose de unidades de células troncales y progenitoras recibidas en su establecimiento.**

Nombre del establecimiento que las suministró: Anote el nombre del establecimiento que suministra las unidades de células troncales y progenitoras, señale el número de unidades que se recibieron, el país de procedencia, así como el número de unidades de acuerdo a su fuente de obtención, es decir, si son obtenidas de sangre placentaria, de la sangre circulante, de la médula ósea o de otros tejidos.

Desglose de unidades de células troncales y progenitoras que suministró a otros establecimientos.

Nombre del establecimiento receptor: Anote el nombre del establecimiento receptor, Indique el número total de unidades que envió, en su caso, el país donde se encuentra el establecimiento, así como el número de unidades de células troncales y progenitoras enviadas, de acuerdo a su fuente de obtención, es decir, si son obtenidas de sangre placentaria, de la sangre circulante, de la médula ósea o de otros tejidos.

SECCIÓN K.- Informe de pacientes tratados con unidades suministradas por el banco informante.**Número total de pacientes.**

1. Trasplantados con células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre placentaria. Registre el número total de receptores, trasplantados con unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre placentaria procesadas en su establecimiento, incluyendo las unidades que como banco intermediario hubiera recibido de otro establecimiento nacional o internacional. Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo.
2. Trasplantados con células troncales y progenitoras obtenidas de la sangre circulante. Indique el número total de receptores trasplantados con unidades de células troncales y progenitoras obtenidas por aféresis, en su banco, incluyendo las unidades que como banco intermediario hubiera recibido de otro banco nacional o internacional. Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo.
3. Trasplantados con células troncales y progenitoras obtenidas de la médula ósea. Registre el número total de receptores trasplantados con unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de la médula ósea, procesadas en su banco, incluyendo, en su caso, las unidades que como banco intermediario hubiera recibido de otro establecimiento nacional o internacional. Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo.
4. Tratados con células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos (especifique): Señale el número total de receptores trasplantados con unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de otros tejidos, con unidades procesadas en su establecimiento. Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo. Especifique el tejido de origen.

- | | |
|--|--|
| 5. Trasplantados para regeneración de médula ósea con injerto exitoso. | Indique el número total de pacientes en quienes el trasplante injertó adecuadamente con las unidades suministradas por su banco. Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo. |
| 6. Trasplantados para regeneración de médula ósea con injerto fallido. | Indique el número total de pacientes en quienes el trasplante fue fallido. Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo. |
| 7. Número de casos de EICH crónicos que le hubiesen reportado. | Señale el número total de pacientes que presentaron enfermedad injerto contra huésped (u hospedero) crónico, imputable al trasplante, que se le hubiesen reportado al banco proveedor (banco informante). Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo. |
| 8. Número de casos de EICH agudos que le hubiesen reportado. | Señale el número total de pacientes que presentaron enfermedad injerto contra huésped (u hospedero) aguda, imputable al trasplante, que le hubiesen reportado al banco proveedor (banco informante). Anote el número de pacientes en la columna correspondiente según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo. |
| 9. Número de receptores muertos. | Indique el número total de pacientes fallecidos tras el trasplante con células progenitoras procedentes de su banco, que el establecimiento que efectuó el procedimiento le hubiese informado. En la columna correspondiente anote el número de pacientes según el uso que se le dé a las células: alogénico, singénico o autólogo. |

OBSERVACIONES O ACLARACIONES.

Cuando sea necesario, en el espacio de "OBSERVACIONES O ACLARACIONES", especifique el tipo de reacción o efecto adverso, imputable al uso terapéutico de las células progenitoras.

Anote en el recuadro correspondiente:

- El tipo de reacción o efecto adverso imputable al trasplante o cualquier otro uso terapéutico en el que se empleen células progenitoras.
- Cualquier aclaración o eventualidad que considere pertinente mencionar.

Al final del "Informe" anote el nombre y apellidos del responsable sanitario con su firma autógrafa, así como, lugar y fecha de elaboración. En ausencia del responsable, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre y apellidos del responsable sanitario.

Finalmente, el informante deberá hacer una declaratoria que haga constar que los datos vertidos son verídicos y mencionar si los "Datos Generales" de la solicitud, pueden o no darse a conocer, por tratarse de información confidencial, de conformidad con el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Finalmente, deberá anotar su nombre completo, sin abreviaturas, y firmar de manera autógrafa.

 <p style="text-align: center;">COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD</p> <p style="text-align: center;">CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA</p> <p style="text-align: center;">INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICIÓN DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS</p> <p style="text-align: center;">TRÁMITE: CNTS-01-003-A, MODALIDAD A) BANCOS DE SANGRE</p> <p style="text-align: center;">Para ser llenado y firmado por el responsable sanitario del banco de sangre</p>	
--	---

Datos Generales
Fecha en que se elabora el informe (DD/MM/AAAA): ____/____/____ Mes y año que informa (MM/AAAA): ____/____/____ Razón social o denominación del establecimiento: _____ Calle y núm. exterior e interior: _____ Colonia: _____ Entre qué calles se encuentra el establecimiento: _____ Delegación / Municipio: _____ Entidad Federativa: _____ Código Postal : _____ Teléfono(s): _____ Correo (s) electrónico (s): _____; Número de Licencia sanitaria: _____ Código único de establecimiento: _____ Perteneciente a: Secretaría de Salud federal (); IMSS (); ISSSTE (); Servicios de Salud estatales (); PEMEX (); Dirección General de Sanidad SEDENA (); Sanidad Naval Armada Marina de México (); Privado (); Otro () (Especifique) _____

Sección A.- Uso alogénico.						
Donantes de uso alogénico	Femenino	Masculino	Valorados	Aceptados	Exclusión temporal	Exclusión definitiva
1. Número de donantes voluntarios o altruistas.						
2. Número de donantes regulares.						
3. Número de donantes de repetición.						
4. Número de donantes familiares o de reposición.						
Totales						
5. Donantes de acuerdo a edad y sexo	18-24 años		25-44 años		45-65 años	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Existencias al inicio del mes que informa	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Existencias al inicio del mes que informa.						
Ingresos y altas	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Número de Unidades de sangre total colectadas.		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
2. Número de Unidades colectadas por "aféresis".	N/A				N/A	N/A
3. Número de Unidades procedentes del sector público.						
4. Número de Unidades procedentes del sector privado.						
5. Número de Unidades obtenidas por fraccionamiento.	N/A					N/A
6. Número de Unidades de crioprecipitados obtenidas y plasma remanente.	N/A	N/A	N/A	N/A		
7. Número de Unidades pediátricas preparadas.						N/A
8. Total de ingresos y altas.						
9. Total de existencias e ingresos.						

Egresos y bajas	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Número de unidades de sangre fraccionadas en componentes.		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
2. Número de Unidades de plasma fresco empleadas para obtener crioprecipitados.	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
3. Número de Unidades transfundidas.						
4. Número de Unidades suministradas al sector público.						
5. Número de Unidades suministradas al sector privado.						
6. Número de Unidades enviadas para la elaboración de hemoderivados.	N/A	N/A	N/A			N/A
7. Número de Unidades destinadas al control de calidad e investigación.						
8. Número de Unidades a las que se les dio destino final.						
9. Número total de Unidades de egresos y bajas.						
Existencias al término del mes que informa.	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Unidades existentes al término del mes.						
Desglose de unidades a las que se les dio destino final (No incluye las colectadas por aféresis).	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Unidades desechadas por autoexclusión.		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
2. Extracción incompleta.		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
3. Unidades reactivas a algún marcador de infección.						
4. Unidades que llegaron al término de su vigencia.						
5. Unidades a las que dio destino final por otras causas.						

Desglose de las unidades colectadas por aféresis a las cuales se les dio destino final	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Unidades desechadas por autoexclusión.	N/A				N/A	N/A
2. Extracción incompleta.	N/A				N/A	N/A
3. Unidades reactivas a algún marcador de infección.	N/A				N/A	N/A
4. Unidades que llegaron al término de su vigencia.	N/A				N/A	N/A
5. Unidades a las que dio destino final por otras causas.	N/A				N/A	N/A

Sección B.- Uso Autólogo (depósito previo)					
Donantes / receptores				Número de pacientes	
1. Pacientes del hospital al que pertenece el banco, sometidos al procedimiento de depósito previo de sangre.					
2. Pacientes de otro establecimiento sometidos a depósito previo de sangre.					
Existencias al inicio del mes que informa.	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles
1. Existencias al inicio del mes que informa.					
Ingresos y altas	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles
1. Número de Unidades de sangre total colectadas.		N/A	N/A	N/A	N/A
2. Número de Unidades colectadas por aféresis.	N/A			N/A	N/A
3. Número de Unidades obtenidas por fraccionamiento de sangre total.	N/A				
4. Número total de existencia e ingresos.					
Egresos y bajas	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles
1. Número de Unidades de sangre total fraccionadas.		N/A	N/A	N/A	N/A
2. Número de Unidades transfundidas (uso autólogo).					
3. Número de Unidades enviadas a otro establecimiento (uso autólogo).					
4. Número de Unidades a las que se dio destino final.					

Sección C.- Eventos o reacciones adversas a la donación.			
Eventos o reacciones adversas a la donación	Número de eventos	Eventos adversos a la donación	Número de eventos
1. Alergia al antiséptico.		10. Embolismo / Trombosis.	
2. Reacciones vasovagales.		11. Celulitis.	
3. Síncope.		12. Irritación o lesión directa del nervio.	
4. Náusea y/o vómito.		13. Lesión del tendón.	
5. Convulsiones.		14. Dolor en el brazo.	
6. Hematoma en el sitio de punción.		15. En aféresis, síntomas de intoxicación por citrato.	
7. Sangrado tardío.		16. Otros eventos adversos a la donación.	
8. Punción accidental de una arteria.		17. Muerte.	
9. Flebitis.		18. Describa si algún evento adverso generó alguna secuela, especifique:	

Sección D.- Resultados de las Pruebas de Detección de Agentes Transmisibles por Transfusión					
1. Donantes voluntarios o altruistas	VIH 1-2	VHB	VHC	<i>T. pallidum</i>	<i>T. cruzi</i>
- Número de donantes negativos.					
- Número de donantes reactivos.					
- Número de donantes repetidamente reactivos.					
- Número de donantes positivos confirmados.					
- (%) de donantes confirmados.					
2. Donantes regulares	VIH 1-2	VHB	VHC	<i>T. pallidum</i>	<i>T. cruzi</i>
- Número de donantes negativos.					
- Número de donantes reactivos.					
- Número de donantes repetidamente reactivos.					
- Número de donantes positivos confirmados.					
- (%) de donantes confirmados.					

3. Donantes de repetición	VIH 1-2	VHB	VHC	<i>T. pallidum</i>	<i>T. cruzi</i>
- Número de donantes negativos.					
- Número de donantes reactivos.					
- Número de donantes repetidamente reactivos.					
- Número de donantes positivos confirmados.					
- (%) de donantes confirmados.					
4. Donantes familiares o de reposición	VIH 1-2	VHB	VHC	<i>T. pallidum</i>	<i>T. cruzi</i>
- Número de donantes negativos.					
- Número de donantes reactivos.					
- Número de donantes repetidamente reactivos.					
- Número de donantes positivos confirmados.					
- (%) de donantes confirmados.					
5. Donantes autólogos	VIH 1-2	VHB	VHC	<i>T. pallidum</i>	<i>T. cruzi</i>
- Número de donantes negativos.					
- Número de donantes reactivos.					
- Número de donantes repetidamente reactivos.					
- Número de donantes positivos confirmados.					
- (%) de donantes confirmados.					

Sección E.- Resultados de otras Pruebas de Detección de Agentes Transmisibles por Transfusión en Donantes Alogénicos.						
Marcadores	Donantes estudiados	Resultado negativo	Resultado reactivo	Repetidamente reactivo	Confirmatoria/ suplementaria	% Confiabilidad
1. <i>Brucella sp.</i>						
2. Ac. HB core.						
3. Virus del Oeste del Nilo.						
4. Otros (especifique): _____						

Sección F.- Tipo de Técnica y marca comercial empleada para la detección de Agentes Infecciosos Transmisibles por Transfusión.			
Agente	Escrutinio o tamizaje	NAT	Confirmatoria o suplementaria
1. VIH 1-2.			
2. VHB.			
3. VHC.			
4. <i>Treponema pallidum</i> .			
5. <i>Trypanosoma cruzi</i> .			
Tipo de técnica y marca comercial empleada para la detección de otros Agentes Infecciosos Transmisibles por Transfusión			
Agente	Escrutinio.	Confirmatoria / suplementaria.	
6. <i>Brucella sp.</i>			
7. Ac. HB core.			
8. <i>Plasmodium</i> .			
9. Virus del oeste del Nilo.			
10. Otros (especifique): _____			

Observaciones y aclaraciones sobre las pruebas de laboratorio.

Sección G.- Colectas de sangre en puestos de sangrado fijos y colectas externas efectuadas por el Banco de Sangre.		
Colectas de sangre en puestos de sangrado fijos.		
Número de puestos de sangrado con los que cuenta el banco de sangre.		
Nombre del puesto de sangrado	Código	N° de unidades de sangre colectadas
Colectas externas		
Fecha	Lugar donde se llevó a cabo la colecta	N° de unidades de sangre colectadas

Sección H.- Causas de diferimiento o rechazo de donantes por género y rango de edad							
Determinación.	MUJERES	MUJERES	MUJERES	HOMBRES	HOMBRES	HOMBRES	Total.
	18 A 24 AÑOS	22 A 44 AÑOS	45 A 65 AÑOS	18 a 24 AÑOS	25 a 44 AÑOS	45 a 65 AÑOS	
1. Peso bajo.							
2. Hemoglobina o hematocrito bajos.							
3. Prácticas de riesgo.							
4. Afecciones médicas (especifique): _____							
5. Otros (especifique): _____							

Sección I.- Desglose de intercambio de Unidades de sangre y componentes sanguíneos.						
Desglose de unidades recibidas del sector público o privado.						
1. Recibidas del Sector público.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma Fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
2. Recibidas del Sector privado.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma Fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados

Desglose de unidades suministradas al sector público o privado.						
1. Suministradas al Sector público.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma Fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
2. Suministradas al Sector privado.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma Fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados

SECCIÓN J. Grupo sanguíneo de los donadores.			
Grupo Sanguíneo		Rh	Total
1	A	Positivo	
2	B	Positivo	
3	O	Positivo	
4	AB	Positivo	
5	A	Negativo	
6	B	Negativo	
7	O	Negativo	
8	AB	Negativo	
Observaciones y aclaraciones.			

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos consignados son verídicos, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones.

Los Datos Generales pueden contener información confidencial ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

SI

NO

Nombre y firma del responsable sanitario

Lugar y fecha

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE COMUNICAR AL TELÉFONO DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (55) 63 92 22 50 ext. 51681 O AL CORREO ELECTRÓNICO metodología.cnts@salud.gob.mx

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL
INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICIÓN DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS**
TRÁMITE: CNTS-01-003
**MODALIDADES: A) BANCOS DE SANGRE, B) SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN Y
C) DEL USO TERAPÉUTICO**

INSTRUCCIONES GENERALES APLICABLES A LAS TRES MODALIDADES.

Conserve este instructivo para el llenado de los formatos del Informe mensual de la disposición de sangre y componentes sanguíneos, en adelante el "Informe". En caso de extravío, solicite una copia al Centro Nacional o Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de su entidad federativa u obtenga una copia en la dirección electrónica: <http://www.gob.mx/cnts>

De conformidad con los apartados 18.1 y 18.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos" los bancos de sangre, los servicios de transfusión y los establecimientos de atención médica que apliquen transfusiones, en el ámbito de las funciones que se les autorizan, deberán enviar el "Informe" al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea o, en su caso, al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea correspondiente, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al que se informa.

El "Informe" deberá ser llenado y enviado a la liga electrónica ftp://187.191.75.52/Nombre_Estado a través del sitio oficial <http://www.gob.mx/cnts> del Centro Nacional en el Apartado de Trámites o, en su caso, a los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.

El formato correspondiente, adecuadamente llenado, deberá distribuirse de la manera siguiente:

- Formato en Excel para Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- Escaneo en formato PDF del documento impreso que contenga el nombre (s) y la firma (s) autógrafas, para Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- En su caso, para el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.
- El informe impreso deberá conservarse en el establecimiento informante, con fines de comprobación del cumplimiento del trámite.

En el formato, realice las anotaciones en los espacios correspondientes, sobre las líneas o dentro de las casillas indicadas para tales efectos. Emplee números arábigos y, anote las cantidades en unidades.

Utilice las siglas NA (no aplica) para indicar que el establecimiento no realiza determinada actividad o no obtiene el tipo de componente sanguíneo y 0 (cero), cuando en el mes informado no se realizó la actividad de que se trate, o no se dispuso o fraccionó determinados componentes sanguíneos.

En varias secciones encontrará casillas sombreadas, lo que indica que esa casilla no aplica en esa parte, por lo que no deberá llenarse.

Si el establecimiento no tuvo ingresos o egresos durante el mes que informa, ni existencia de unidades remanentes del período anterior, bastará con anotar "SIN MOVIMIENTO" en el margen superior del informe.

Las mezclas ("*pool*es") de componentes, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:

- Una sangre reconstituida, regístrela como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma.
- Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.

La sangre o componentes sanguíneos resultantes de procedimientos terapéuticos, tales como "sangrías terapéuticas" o aféresis terapéuticas (citoreductivas o de recambio plasmático), que se hubiesen efectuado en su establecimiento, por no ser obtenidas para uso transfusional no deberán contabilizarse ni anotarse en los formatos del "Informe".

Todo establecimiento de atención médica que aplique transfusiones, incluyendo los bancos de sangre, deberá llenar la modalidad C del informe, ("Del Uso Terapéutico").

En las tablas de las tres modalidades del "Informe", en las columnas que dice "Plasma desprovisto de factores lábiles", agrupe los plasmas siguientes:

- El plasma desprovisto de crioprecipitado, y
- Unidades de plasma que perdieron la actividad de los factores lábiles de la coagulación.

El informe deberá ser llenado, firmado y rubricado de manera autógrafa por el responsable sanitario del establecimiento. En ausencia de éste, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre y apellidos del responsable sanitario.

Para los fines de este trámite son aplicables las definiciones siguientes:

1. **Aféresis:** el procedimiento que tiene por objeto la separación de componentes de la sangre provenientes de un sólo donante de sangre humana, mediante centrifugación directa o con máquinas de flujo continuo o discontinuo.
2. **Depósito Previo:** el acto de disposición para uso autólogo en el que anticipadamente a su empleo terapéutico, se acopia la sangre y sus componentes.
3. **Disposición de sangre:** el conjunto de actividades relativas a la obtención, recolección, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de la sangre y componentes sanguíneos, con fines terapéuticos.
4. **Donante autólogo:** la persona que proporciona sangre para uso exclusivo en sí misma, cuando se anticipa al requerimiento transfusional y se desarrolla un plan de donación.
5. **Donante familiar o de reposición:** persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos a favor de un paciente, en respuesta a una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
6. **Donante regular:** la persona que ha proporcionado sangre o cualquier componente sanguíneo en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en el mismo centro de colecta.
7. **Donante de repetición:** la persona que ha proporcionado sangre o cualquier componente sanguíneo en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en distintos centros de colecta.
8. **Donante voluntario o altruista:** persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivada únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio y sin que medie una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
9. **Productos sanguíneos:** término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos.
10. **Unidad:** volumen de sangre o componente sanguíneo obtenido para uso terapéutico, de un sólo donante, en una sesión de extracción, en una bolsa o recipiente que contenga una solución con propiedades anticoagulantes y conservadoras, adecuadas, suficientes, estériles y carente de pirógenos.

MODALIDAD A) “BANCOS DE SANGRE”

Para el llenado de esta modalidad del “Informe”, véanse las “INSTRUCCIONES GENERALES”, aplicables a las tres modalidades.

DATOS GENERALES.

Fecha en que se elabora el informe (DD/MM/AAAA):	Anote el día, mes y año en que elabora este informe, en números arábigos, con dos dígitos para el día (añada un “0” para los primeros nueve días del mes) y el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Mes y año que informa (MM/AAAA).	Anote el mes y año que está informando, en números arábigos con dos dígitos para el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Razón Social o denominación del establecimiento del banco de sangre.	Nombre completo o razón social del establecimiento sin abreviaturas, el cual debe corresponder al de su licencia sanitaria (ejemplo: Banco de Sangre Santa Lucia, S.A. de C.V).

Calle y núm. exterior e interior.	Nombre completo de la calle, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número interior o letra, también anotarlo.
Entre qué calles se encuentra el establecimiento.	Señalar entre qué calles se encuentra ubicado.
Colonia.	Nombre completo de la colonia, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Delegación/ Municipio.	Nombre completo de la delegación política o municipio, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Entidad Federativa.	Entidad Federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Código Postal.	Número completo del código postal que corresponda.
Teléfono(s).	Anote el o los números telefónicos, incluyendo clave lada (ejemplo 01 (55) + teléfono local).
Correo(s) electrónico(s).	Anote el o los correos electrónicos de contacto del establecimiento o del responsable sanitario.
Número de Licencia Sanitaria.	Anote el número completo de la Licencia Sanitaria del establecimiento.
Código Único del Establecimiento.	Código único del establecimiento, este número le será proporcionado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea a través del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre.
Perteneciente a:	En el paréntesis marque con una "X" la opción del establecimiento correspondiente (por ejemplo: SSA [X]). En caso de que el establecimiento no pertenezca a una institución de las mencionadas en el formato, marque con una "X" la opción "otro" y en el rubro "especifique", registre el nombre completo de la institución o dueño del establecimiento).

Sección A.- Uso Alogénico.

La Sección A se reserva exclusivamente para el registro de unidades colectadas para uso alogénico, no incluya las unidades para uso autólogo.

1. Número de donantes voluntarios o altruistas. Registre el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva, cuyo propósito fue proporcionar su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivadas únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad y sin esperar retribución alguna a cambio y sin que medie una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
2. Número de donantes regulares. Registre el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva, cuyo móvil para donar sangre o componentes sanguíneos fue el mismo al que señala el numeral anterior y han proporcionado su sangre o cualquier componente sanguíneo en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en el mismo centro de colecta.

- | | |
|---|--|
| 3. Número de donantes de repetición. | Anote el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva, cuyo móvil para donar sangre o componentes sanguíneos fue el mismo al que señala el numeral 1 de esta sección y que han proporcionado su sangre o componentes sanguíneos en más de una ocasión en el lapso de dos años en distintos centros de colecta. |
| 4. Número de donantes familiares o de reposición. | Anote el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva cuyo propósito fue donar sangre o componentes sanguíneos a favor de un paciente, en respuesta a una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente. |
| 5. TOTAL | Anotar la cantidad total correspondiente a cada columna. |
| 6. Donantes de acuerdo a edad y sexo. | Registre el número de donantes efectivos de acuerdo al grupo etario y sexo especificando conforme a los grupos de edad (en años), los cuales son: 18-24, 25-44 y 45-65 |

Existencias al inicio del mes que informa.

- | | |
|---|---|
| 1. Existencias al inicio del mes que informa. | Número de unidades remanentes de sangre, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y Crioprecipitados, que tenga almacenadas al inicio del mes informado. Además deberá exponer el (los) motivo (s) por el cual (es) tiene almacenadas unidades de sangre total al inicio del mes, en el apartado observaciones y aclaraciones que se encuentra al final del reporte. |
|---|---|

Ingresos y altas

Nota: N/A significa que no aplica el llenado en los rubros sombreados y que con esa leyenda.

- | | |
|---|--|
| 1. Número de Unidades de sangre total colectadas. | Anote el número de unidades de sangre total obtenidas en el banco de sangre, así como, las que se hubiesen obtenido, en su caso, en puestos de sangrado y en colectas externas. |
| 2. Número de Unidades colectadas por "aféresis". | Registre el número de componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco), obtenidos mediante este método de extracción. Si fue doble colecta anote dos unidades. |
| 3. Número de Unidades procedentes del sector público. | Registre el número de unidades de sangre o componentes sanguíneos estudiadas (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados), que recibió de otros establecimientos pertenecientes al sector público. |
| 4. Número de Unidades procedentes del sector privado. | Registre el número de unidades de sangre o componentes sanguíneos estudiadas (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o de crioprecipitado), que recibió de otros establecimientos pertenecientes al sector privado. |
| 5. Número de Unidades obtenidas por fraccionamiento. | Registre el número de unidades que obtuvo a partir de unidades de sangre total, tales como, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles. |
| 6. Número de Unidades de crioprecipitados obtenidas y plasma remanente. | Registre la cantidad de unidades de crioprecipitados y de plasma remanente (carente del crioprecipitado) que hubiese preparado en su banco de sangre. El plasma remanente regístrelo en la columna que dice "Plasma desprovisto de factores lábiles". |

- | | |
|---|--|
| 7. Número de Unidades pediátricas preparadas. | Registre la cantidad de unidades resultantes de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, para obtener volúmenes de unidades de sangre y sus componentes menores utilizables para uso pediátrico, sin contabilizar los volúmenes remanentes que no tengan utilidad terapéutica. |
| 8. Total de ingresos y altas. | Anote la sumatoria, de acuerdo a cada producto sanguíneo, resultante de los numerales 1 a 7. |
| 9. Total de existencias e ingresos. | Anote la sumatoria, de acuerdo a cada componente sanguíneo, resultante de los numerales 1 del rubro "Existencias al inicio del mes que informa" y 8 del rubro "Ingresos y altas". |

Egresos y bajas.

- | | |
|---|--|
| 1. Número de Unidades de sangre fraccionadas en componentes. | Registre el número de unidades de sangre total que fraccionó para obtener componentes sanguíneos. |
| 2. Número de Unidades de plasma fresco empleadas para obtener crioprecipitados. | Registre el número de unidades de plasma fresco que ocupó para obtener crioprecipitados. |
| 3. Número de Unidades transfundidas. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que se transfundieron en su banco de sangre o, en su caso, en la unidad hospitalaria donde se encuentra su banco. |
| 4. Número de Unidades suministradas al sector público. | <p>Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que envió a otros establecimientos del sector público. De haber suministrado mezclas ("<i>pooles</i>") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una sangre reconstituida, regístrela como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma; - Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades. |
| 5. Número de Unidades suministradas al sector privado. | <p>Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que envió a otros establecimientos, del sector privado. De haber suministrado mezclas ("<i>pooles</i>") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una sangre reconstituida, regístrela como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma; - Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades. |
| 6. Número de Unidades enviadas para la elaboración de hemoderivados. | En su caso, anote el número de unidades de plasma fresco y plasma desprovisto de factores lábiles que envió a establecimientos procesadores de hemoderivados (tales como albúmina, inmunoglobulinas, factores de coagulación, etc.). |

- | | |
|---|---|
| 7. Número de Unidades destinadas al control de calidad e investigación. | Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que empleó para evaluar los procesos de su laboratorio y cumplimiento de los estándares de calidad establecidos de las unidades procesadas en su banco de sangre u otros similares. |
| 8. Número de Unidades a las que se les dio destino final. | Registre el número de unidades sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, desechadas por cualquier causa o que almacenó en serotecas. |
| 9. Número total de Unidades de egresos y bajas. | Anote lo que corresponda a la sumatoria de los productos sanguíneos egresados o dados de baja (numerales 1 al 8). |

Existencias al término del mes que informa.

- | | |
|--|---|
| 1. Unidades existentes al término del mes. | <p>Número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y Crioprecipitados, que tuviera almacenadas al finalizar el mes informado. Las cifras deberán ser resultante de lo siguiente:</p> <p>Existencias al inició del mes + Total de ingresos o altas – Total de egresos o bajas.</p> <p>Además deberá exponer el (los) motivo (s) por el cual (es) mantiene almacenadas unidades de sangre total al final del mes. Registrarlo en el recuadro observaciones y aclaraciones.</p> <p>NOTA: Las unidades existentes al término de un determinado mes, debe ser coincidente con las unidades existentes al inicio del mes siguiente.</p> |
|--|---|

Desglose de unidades a las que se dio destino final, no incluye las unidades obtenidas por aféresis.

- | | |
|--|--|
| 1. Unidades desechadas por autoexclusión. | <p>Anote el número de unidades de sangre total, que se les dio destino final por cualquiera de las causas siguientes:</p> <p>a) Porque el donante no entregó el formato de respuesta de la autoexclusión o por extravió del mismo;</p> <p>b) Porque el donante no lo contestó;</p> <p>c) Porque el donante consideró "no apta" su sangre o componentes para uso terapéutico (véanse numerales correspondientes al apartado 6.2 y 19.3.4.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"), o bien</p> <p>d) Porque el donante respondió con ambigüedad por ejemplo, que anotó doble respuesta (SI y NO consideraba apta su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico).</p> |
| 2. Extracción incompleta. | Anote el número de unidades de sangre total,—en las que no se concluyó la extracción derivado de problemas, como presentación de alguna reacción adversa, entre otros. |
| 3. Unidades reactivas a algún marcador de infección. | Anote las unidades sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que se les dio destino final por haber resultado inicialmente reactivas a las pruebas de tamizaje para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (cualquiera de sus tipos), virus B y C de la hepatitis, <i>Treponema pallidum</i> , <i>Trypanosoma cruzi</i> o cualquier otro agente investigado que represente un riesgo transfusional. |
| 4. Unidades que llegaron al término de su vigencia. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que se les dio destino final por haber llegado al último día en que se consideran viables o útiles. |

5. Unidades a las que dio destino final por otras causas. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados a las que se les dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato, por ejemplo: el desecho de plasmas provenientes de donantes con alergia severa, concentrados de eritrocitos con resultado positivo en la prueba de Coombs directo, unidades con algún defecto en la obtención, con lipemia o aumento de bilirrubinas, con defecto de conservación o transporte, rotas o contaminadas, con hemólisis o contaminación con eritrocitos, etc.

NOTA: La suma de cada columna de las filas 1 a 5 debe coincidir a las cifras registradas en la sección egresos y bajas en el numeral 8 que dice "Unidades que se les dio destino final".

Desglose de las unidades colectadas por aféresis a las cuales se les dio destino final.	
1. Unidades desechadas por autoexclusión	Anote el número de unidades de componentes sanguíneos colectados por aféresis de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, que se les dio destino final por cualquiera de las causas siguientes: a) Porque el donante no entregó el formato de respuesta de la autoexclusión o por extravió del mismo; b) Porque el donante no lo contestó; c) Porque el donante consideró "no apta" su sangre o componentes para uso terapéutico (véanse numerales correspondientes al apartado 6.2 y 19.3.4.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"), o bien Porque el donante respondió con ambigüedad por ejemplo, que anotó doble respuesta (SI y NO consideraba apta su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico).
2. Extracción incompleta	Anote el número de componentes sanguíneos colectados por medio de aféresis en las que no se concluyó la extracción derivado de problemas, como presentación de alguna reacción adversa, entre otros.
3. Unidades reactivas a algún marcador de infección	Anote las unidades de componentes sanguíneos colectados por aféresis concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, que se les dio destino final por haber resultado inicialmente reactivas a las pruebas de tamizaje para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (cualquiera de sus tipos: virus B y C de la hepatitis, Treponema pallidum, Trypanosoma cruzi o cualquier otro agente investigado que represente un riesgo transfusional).
4. Unidades que llegaron al término de su vigencia	Anote el número de unidades de componentes sanguíneos, colectados por aféresis, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, que se les dio destino final por haber llegado al último día en que se consideran viables o útiles.
5. Unidades a las que se les dio destino final por otras causas	Registre el número de unidades de componentes sanguíneos colectados por aféresis, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, que dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato, por ejemplo: el desecho de plasmas provenientes de donantes con alergia severa, concentrados de eritrocitos con resultado positivo en la prueba de Coombs directo, unidades con algún defecto en la obtención, con lipemia o aumento de bilirrubinas, con defecto de conservación o transporte, rotas o contaminadas, con hemólisis o contaminación con eritrocitos, etc.

NOTA: La suma de cada columna de las filas 1 a 3 se debe de sumar con el anterior desglose y coincidir a las cifras registradas en la sección egresos y bajas en el numeral 8 que dice "Unidades que se les dio destino final".

Sección B.- Uso autólogo (depósito previo).**Donantes/receptores.**

- | | |
|---|---|
| 1. Pacientes del hospital al que pertenece el banco, sometidos al procedimiento de depósito previo de sangre. | Registre el número de pacientes atendidos en el establecimiento de atención médica, donde, en su caso, se encuentra su banco de sangre, en quienes se efectuó la colecta, procesamiento y determinaciones analíticas de la sangre para uso autólogo por el método de depósito previo. |
| 2. Pacientes de otro establecimiento sometidos a depósito previo de sangre. | Registre el número de pacientes referidos de otros establecimientos de atención médica a su banco de sangre, para efectuar la colecta, procesamiento y determinaciones analíticas para la disposición de sangre para uso autólogo. |

Existencias al inicio del mes que informa.

- | | |
|---|--|
| 1. Existencias al inicio del mes que informa. | Registre el número de unidades de sangre total, Concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles, que tenga almacenadas al inicio del mes informado.
Además deberá exponer el (los) motivo (s) por el (los) cual (es) mantiene almacenadas unidades de sangre total al final del mes. Registrarlo en el recuadro observaciones y aclaraciones. |
|---|--|

Ingresos y altas.

- | | |
|--|--|
| 1. Número de Unidades de sangre total colectadas. | Registre el número de unidades para uso autólogo que obtuvo durante el mes que informa. |
| 2. Número de Unidades colectadas por aféresis. | Registre el número de unidades de concentrado de eritrocitos o plaquetas colectados mediante métodos de aféresis para uso autólogo. Si hubo doble colecta anote dos unidades. |
| 3. Número de Unidades obtenidas por fraccionamiento de sangre total. | Registre el número de componentes sanguíneos preparados (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles), obtenidos por fraccionamiento de las unidades de sangre total colectadas. |
| 4. Número Total de existencia e ingresos. | Corresponde a la sumatoria de los productos sanguíneos que se tenían en existencia al inicio del mes, sumado a los anotados en el numeral 8 de "Ingresos y altas". |

Egresos y bajas.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades de sangre total fraccionadas. | Registre el número de unidades de sangre colectadas para uso autólogo que sometió a fraccionamiento para obtener componentes sanguíneos. |
| 2. Número de Unidades transfundidas (uso autólogo). | Registre el número de unidades de sangre o componentes preparados (concentradas de eritrocitos, concentrados de plaquetas, plasma fresco, o en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles), obtenidas mediante depósito previo o por aféresis, transfundidas o empleadas en el mismo donante. Nota: Las unidades obtenidas para uso autólogo no empleadas para tal fin, se les deberá dar destino final. |
| 3. Número de Unidades enviadas a otro establecimiento (uso autólogo). | Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles, incluyendo en las casillas correspondientes, las obtenidas por aféresis que colectó, procesó y analizó en su banco de sangre y suministró a otra unidad hospitalaria para su uso en transfusión autóloga. |
| 4. Número de Unidades a las que se dio destino final. | Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles incluyendo las unidades obtenidas por aféresis y que fueron desechadas por no haberse empleado en transfusión autóloga, por haber presentado reactividad a uno o más marcador(es) de infección o por cualquier otra(s) causa(s). |

Sección C.- Eventos o Reacciones Adversas a la Donación.

Indicar en el formato el número de donantes que presentaron algún evento adverso a la donación de sangre total o de cualquier componente sanguíneo obtenido mediante aféresis, tanto en donantes autólogos y familiares o de reposición. En su caso, los bancos de sangre deberán incluir las reacciones adversas reportadas por los puestos de sangrado que tuviesen y las observadas en colectas externas.

1. Alergia al antiséptico. Registre el número de pacientes que presentaron una reacción manifestada por ardor, prurito, eritema o urticaria tras la aplicación del antiséptico.
2. Reacciones vasovagales. Registre el número de donantes que presentaron síntomas y signos como: debilidad, sudoración, mareo, palidez, piel fría, hipotensión y disminución de la frecuencia cardíaca. Nota: Pueden ser causadas por factores psicológicos o por una respuesta neurofisiológica a la donación; pueden ocasionarse al ver la sangre donada, por ver a otros donar o por nerviosismo individual o de un grupo de donantes.
3. Síncope. Registre el número de donantes que presentaron síncope, el cual se manifiesta por: pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad, debida a la suspensión súbita y momentánea de la actividad cardíaca.
4. Náusea y/o vómito. Indique el número de donantes que presentaron náusea y/o vómito. Nota: Al igual que las reacciones vasovagales pueden ser causadas por factores psicológicos o por una respuesta neurofisiológica a la donación.
5. Convulsiones. Anote el número de donantes que presentaron crisis convulsiva. En estos casos puede presentarse, además, salida involuntaria de orina, heces o ambos.
6. Hematoma en el sitio de punción. Anote el número de donantes que tuvieron extravasación de sangre, manifestado por aumento de volumen en el sitio de la venopunción. Nota: No registre los casos en que se presentó equimosis, la cual se observa con mayor frecuencia.
7. Sangrado tardío. Anote el número de donantes en quienes después de una hemostasia inicial, presentan de nuevo sangrado en el sitio de la venopunción. Suele ocurrir después de que el donante se ha levantado del sillón de sangrado, por hacer esfuerzos con el brazo o simplemente con el movimiento de éstos durante la marcha.
8. Punción accidental de una arteria. Registre el número de donantes en que ocurrió este incidente, que se manifiesta con dolor, formación rápida de hematoma, palidez distal, pulso radial débil o ausencia del mismo. Ocurre en raras ocasiones.
9. Flebitis. Registre el número de donantes que presentan los síntomas siguientes, asociados a la venopunción:
 - Enrojecimiento o inflamación de la piel a lo largo del trayecto venoso donde se efectuó la punción;
 - Calor en el tejido alrededor de la vena;
 - Sensibilidad o dolor a lo largo de la vena, que empeora cuando se aplica presión sobre la misma;
 - Endurecimiento de la vena (consistencia similar a la de un tendón).

- 10. Embolismo/Trombosis.** Registre el número de donantes en los que ocurrió la oclusión o bloqueo de un vaso sanguíneo de menor diámetro al del coágulo originado en el sitio de la venopunción. Se manifiesta con disestesia (hormigueo o adormecimiento), dolor en el área afectada, palidez, frialdad de la piel, edema y otras complicaciones.
- 11. Celulitis.** Anote el número de donantes que presentaron inflamación del tejido celular subcutáneo adyacente al sitio de la venopunción. Los síntomas suelen ser similares a los de una tromboflebitis, puede presentarse fiebre, lesiones o erupción en la piel que aparecen repentinamente y crecen con rapidez en las primeras 24 horas, la apariencia de la piel puede ser tensa, brillante y estriada.
- 12. Irritación o lesión directa del nervio.** Registre el número de donantes en los cuales la punción ocasionó un daño en la cubierta o parte central de un nervio del antebrazo, que impide o retrasa el envío de las señales nerviosas. Ocurren con poca frecuencia en los nervios radial o humeral, especialmente en punciones traumáticas o fallidas. Se puede manifestar por disestesias (hormigueo o adormecimiento), dolor en la piel a lo largo de la ruta del nervio, disminución de la sensibilidad, disminución de la capacidad para movilizar el brazo, debilidad, atrofia muscular o pérdida de reflejos.
- 13. Lesión del tendón.** Registre el número de donantes en los que se sospecha un daño del tendón por traumatismo directo provocado por la aguja de venopunción. Se presenta con dolor, sensibilidad e inflamación a lo largo del tendón afectado, generalmente es cercano a la articulación y empeora con el movimiento o la actividad. No se presenta equimosis o hematoma a menos que, además haya ruptura de un vaso sanguíneo.
- 14. Dolor en el brazo.** Registre el número de donantes en los que ocurre dolor en el brazo donde se efectuó la venopunción y que persiste por más de una semana, en el que no se identifica con precisión otra causa, tales como: lesiones del paquete neurovascular, lesiones de tendones, infecciones u otras.
- 15. En aféresis, síntomas de intoxicación por citrato.** Anote el número de donantes sometidos a colectas por aféresis en los que pueden presentarse síntomas por el paso del anticoagulante a la circulación, entre ellos se encuentran: parestesias peri bucal o facial y tetania.
- 16. Otros eventos adversos a la donación.** Anote el número de casos en que se presentó cualquier otro incidente o efecto adverso, por ejemplo hipotensión arterial, angina de pecho u otros.
- 17. Muerte.** Registre el número de muertes que se presentaron en el procedimiento de la donación.
- 18. Describa si algún evento adverso generó alguna secuela, especifique:** En este espacio o en escrito libre, indique el tipo de secuelas observadas atribuibles o a consecuencia de la donación. Puede utilizar el cuadro de observaciones y aclaraciones que se encuentra al final del formato.

Sección D.- Resultados de las Pruebas de Detección de Agentes Transmisibles por Transfusión.

Este apartado contemple las muestras sanguíneas de toda unidad colectada, incluyendo las desechadas por autoexclusión, volúmenes insuficientes, etc., e independientemente del intervalo entre donaciones, deberán ser analizadas para la investigación de agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

No incluya los casos estudiadas por motivos distintos a la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, por ejemplo, estudio de pacientes en quienes se investiga su condición serológica con fines de diagnóstico o de investigación.

<p>1. Donantes voluntarios o altruistas.</p>	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado en las pruebas: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de donantes cuyos resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria o suplementaria.</p>
<p>2. Donantes regulares.</p>	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de donantes cuyos resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria o suplementaria.</p>

3. Donantes de repetición.	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de donantes cuyos resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria o suplementaria.</p>
4. Donantes familiares o de reposición.	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de donantes cuyos resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria o suplementaria.</p>
5. Donantes autólogos.	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de donantes cuyos resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria.</p>

Sección E.- Resultados de otras Pruebas de Detección de Agentes Transmisibles por Transfusión en Donantes Familiares o de Reposición.

Marcadores	<p>Entre otros, los motivos de realizar pruebas adicionales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causas atribuibles al donante: situación epidemiológica de la región geográfica donde vive o procede, antecedentes personales o sus factores de riesgo para adquirir diversas infecciones; - Causas atribuibles al receptor: susceptibilidad a adquirir o desarrollar enfermedad, por ejemplo, enfermedad por citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos ya sea por trastorno subyacente o por tratamientos mielo o inmunodepresores. <p>NO incluya los casos estudiados por motivos distintos a la disposición de sangre y sus componentes con fines transfusionales.</p>
------------	---

1. *Brucella sp.*
(Brucelosis)

En la columna correspondiente, registre el número de donantes estudiados alogénicos, con resultado negativo, reactivo, repetidamente reactivo o confirmatoria/suplementaria y porcentaje (%) de confiabilidad al marcador correspondiente a *Brucella sp.*

2. Ac. HB core

En la columna correspondiente, registre el número de donantes estudiados alogénicos, con resultado negativo, reactivo, repetidamente reactivo o confirmatoria/suplementaria y porcentaje (%) de confiabilidad al marcador correspondiente a anticuerpos contra el antígeno core de la hepatitis B.

3. Virus del Oeste del Nilo.

En la columna correspondiente, registre el número de donantes estudiados alogénicos, con resultado negativo, reactivo, repetidamente reactivo o confirmatoria/suplementaria y porcentaje (%) de confiabilidad al marcador correspondiente.

4. Otros (especifique).

En fila que dice "otros" anote cualquier otro agente emergente o que no se hubiese considerado en la sección, debiendo registrar, en su caso, el número de donantes estudiados alogénicos, con resultado negativo, reactivo, repetidamente reactivo o confirmatoria/suplementaria y porcentaje (%) de confiabilidad al marcador correspondiente.

Sección F.- Tipo de técnica y marca comercial empleada para la Detección de Agentes Infecciosos Transmisibles por Transfusión.

<p>1. VIH 1 – 2 2. VHB 3. VHC 4. <i>Treponema pallidum</i> 5. <i>Trypanosoma. Cruzi</i></p>	<p>Según el agente estudiado y de acuerdo a si se trata de pruebas de escrutinio o tamizaje, en su caso, pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAT) o bien, confirmatoria o suplementaria, indicar en la columna respectiva el tipo de técnica empleada para las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, señalando la marca comercial del reactivo.</p>
<p>Tipo de técnica y marca comercial empleada para la detección de otros agentes infecciosos transmisibles por transfusión.</p>	
6. <i>Brucella sp.</i>	<p>Según el agente estudiado y de acuerdo a si se trata de pruebas de escrutinio o tamizaje, o bien, confirmatoria o suplementaria, indicar el tipo de técnica empleada para las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, señalando la marca comercial del reactivo.</p>
7. Ac. HB core	
8. <i>Plasmodium</i>	
9. Virus del Oeste del Nilo	
10. Otros (especifique)	

Observaciones y Aclaraciones sobre las pruebas de laboratorio.

Este espacio se reserva para cualquier comentario que el informante desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas.

Sección G.- Colectas de sangre en Puestos de Sangrado Fijos y Colectas externas efectuadas por el Banco de Sangre.

Colectas de sangre en Puestos de Sangrado Fijos.

Número de puestos de sangrado con los que cuenta el banco de sangre. Indique el número de puestos de sangrado fijos que tenga el banco de sangre bajo su responsabilidad, de no tenerlos anotar las siglas NA (No aplica).

Nombre del puesto de sangrado, código y número de unidades de sangre colectadas. En las columnas correspondientes indique el o los nombres del puesto de sangrado fijos que tenga bajo su responsabilidad indicando su número de código y en la columna correspondiente, señale el número de unidades de sangre colectadas por cada puesto de sangrado durante el mes informado.

Colectas externas.

En las columnas correspondientes indique la fecha, lugar donde se llevó a cabo la colecta y la cantidad de unidades de sangre colectadas.

Sección H.- Causas de Diferimiento o Rechazo de Donantes por Género y Rango de edad.

Determinación	
1. Peso bajo.	Anote el número de donantes diferidos de acuerdo al género: hombres, mujeres, rango de edad especificado y total, en la columna correspondiente al motivo o causa del diferimiento.
2. Hemoglobina o hematocrito bajos.	
3. Prácticas de riesgo.	
4. Afecciones médicas (especifique):	
5. Otros (especifique):	
	En caso de tener más motivos de diferimiento o rechazo, favor de registrar en el cuadro final de observaciones y aclaraciones, o en su defecto anexe listado.

Sección I.- Desglose de Intercambio de Unidades de Sangre y Componentes Sanguíneos.

Desglose de unidades recibidas del sector público o privado.

1. Recibidas del Sector público

Nombre y código del establecimiento Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

2. Recibidas del Sector privado

Nombre y código del establecimiento Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos y privados de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

Desglose de unidades suministradas al sector público o privado.**1. Suministradas al Sector público**

Nombre y código del establecimiento Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

2. Suministradas al Sector privado

Nombre y código del establecimiento Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos y privados a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

Sección J. Grupo sanguíneo de los donadores.	
1	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo A Rh positivo
2	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo B Rh positivo
3	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo O Rh positivo
4	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo AB Rh positivo
5	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo A Rh negativo
6	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo B Rh negativo
7	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo O Rh negativo
8	Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo AB Rh negativo

Observaciones y aclaraciones.

Anote en el recuadro correspondiente:

Cualquier aclaración o eventualidad que considere pertinente mencionar o desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas, etc.

Al final del "Informe" anote el nombre completo del responsable sanitario con su firma autógrafa, así como, lugar y fecha de elaboración. En ausencia del responsable, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre y apellidos del responsable sanitario.

Finalmente, el informante deberá hacer una declaratoria que haga constar que los datos vertidos son verídicos y mencionar si los "Datos Generales" de la solicitud, pueden o no darse a conocer, por tratarse de información confidencial, de conformidad con el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Finalmente, deberá anotar su nombre completo, sin abreviaturas y firmar de manera autógrafa.

	<p>COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD</p> <p>CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA</p> <p>INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICIÓN DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS</p> <p>TRÁMITE: CNTS-01-003-B, MODALIDAD B) SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN</p>	
---	--	---

DATOS GENERALES	
Fecha en la que se elabora este informe (DD/MM/AAAA): ____/____/____	Mes y año que informa (MM/AAAA): ____/____
Razón social o denominación del establecimiento: _____	
Calle y núm. exterior e interior.: _____ Colonia: _____	
Entre qué calles se encuentra el establecimiento: _____	
Delegación / Municipio: _____	
Entidad Federativa: _____ Código Postal.: _____ Teléfono(s): _____	
Correo (s) electrónico (s): _____	
Número de Licencia Sanitaria: _____ Código único de establecimiento: _____	
Pertenece a: Secretaría de Salud federal (); IMSS (); ISSSTE (); Servicios de Salud estatales (); PEMEX ();	
Dirección General de Sanidad SEDENA (); Sanidad Naval Armada Marina de México (); Privado (); Otro ()	
(Especifique) _____	

Sección A.- Número de pruebas de Inmunohematología que realiza.	
Pruebas de Inmunohematología	Total
Grupo sanguíneo ABO	
Rh (D)	
Pruebas de compatibilidad	
Rastreo de anticuerpos irregulares	

Sección B.- Uso alogénico.					
Existencia al inicio del mes	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Número de Unidades existentes al inicio del mes que informa.					
Ingresos y altas	Concentrado de eritrocitos.	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Número de Unidades procedentes de establecimientos del sector público.					
2. Número de Unidades procedentes de establecimientos del sector privado.					
3. Número de Unidades pediátricas preparadas.					N/A
4. Total de ingresos.					
5. Total de existencias e ingresos.					

Sección E.- Desglose de intercambios de unidades de sangre y componentes sanguíneos.						
Desglose de unidades recibidas del sector público o privado.						
1. Recibidas del Sector público.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
2. Recibidas del Sector privado.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
Desglose de unidades suministradas del sector público o privado.						
1. Suministradas al Sector público.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
2. Suministradas al Sector privado.						
Nombre y código del establecimiento	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados

Sección F.- Desglose de Unidades transfundidas por grupo sanguíneo. Uso Alogénico y uso Autólogo.								
1. Uso alogénico								
Unidades transfundidas	A Rh	B Rh	O Rh	AB Rh	A Rh	B Rh	O Rh	AB Rh
	POSITIVO	POSITIVO	POSITIVO	POSITIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
2. Uso autólogo								
Unidades transfundidas								

Observaciones y aclaraciones

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos consignados son verídicos, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones.

Los datos pueden contener información confidencial ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

SI

NO

Nombre y firma del responsable sanitario

Lugar y fecha

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE COMUNICAR AL TELÉFONO DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (55) 63 92 22 50 ext. 51681 O AL CORREO ELECTRÓNICO metodología-cnts@salud.gob.mx

MODALIDAD B) “SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN”

Para el llenado de esta modalidad del “Informe”, véanse las “**INSTRUCCIONES GENERALES**”, aplicables a las tres modalidades.

DATOS GENERALES.

Fecha en que se elabora el informe (DD/MM/AAAA):	Anote el día, mes y año en que elabora este informe, en números arábigos, con dos dígitos para el día (añada un “0” para los primeros nueve días del mes) y el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Mes y año que informa (MM/AAAA).	Anote el mes y año que está informando, en números arábigos con dos dígitos para el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año (MM/AAAA).
Razón Social o denominación del establecimiento que presta el servicio de transfusión.	Registre el nombre completo o razón social del establecimiento sin abreviaturas, el cual debe corresponder al de su licencia sanitaria (ejemplo: Servicio de Transfusión del Hospital de San Jerónimo).
Calle y número exterior e interior.	Registre el nombre completo de la calle, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número interior o letra, también anotarlo.
Colonia.	Anote el nombre completo de la colonia o su equivalente, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Entre qué calles se encuentra el establecimiento.	Anote entre qué calles se encuentra ubicado el establecimiento.
Delegación/ Municipio.	Anote el nombre completo de la delegación política o municipio, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Entidad Federativa.	Registre la Entidad Federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Código Postal.	Anote el número completo del código postal que corresponda.
Teléfono(s).	Anote el o los números telefónicos, incluyendo clave lada (ejemplo 01 (55) + teléfono local).
Correo(s) electrónico(s).	Anote el o los correos electrónicos de contacto del establecimiento o del responsable sanitario.
Número de Licencia Sanitaria.	En el recuadro correspondiente anote el Número completo de la Licencia Sanitaria del establecimiento.
Código único del establecimiento.	Registre el código único del establecimiento, este número le será proporcionado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea a través del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre.
Perteneciente a:	En el paréntesis marque con una “X” la opción del establecimiento correspondiente (por ejemplo: SSA [X] (en caso que el establecimiento no pertenezca a una institución de las mencionadas en el formato, marque con una “X” la opción “otro” y en el rubro “especifique” registre el nombre completo de la institución o dueño del establecimiento).

Sección A.- Pruebas de Inmunoematología que realiza.

Grupo sanguíneo ABO y Rh (D); pruebas de compatibilidad y rastreo de anticuerpos irregulares.

Anote con una "X" en la casilla correspondiente, si realiza o no las pruebas de Inmunoematología que se indican: Grupo sanguíneo ABO, Rh (D), pruebas de compatibilidad (pruebas cruzadas) y rastreo de anticuerpos irregulares.

De no realizar ninguna de las pruebas señaladas en el formato señálelo con las siglas NA.

Sección B.- Uso Alogénico.**Existencia al inicio del mes.**

1. Número de Unidades existentes al inicio del mes que informa.

Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, remanentes del mes anterior.

Ingresos y altas.

1. Número de Unidades procedentes de establecimientos del sector público.

Anote el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, para uso alogénico que recibió de establecimientos del sector público.

2. Número de Unidades procedentes de establecimientos del sector privado.

Anote el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, para uso alogénico que recibió de establecimientos del sector privado.

3. Número de Unidades pediátricas preparadas.

Registre la cantidad de unidades resultantes de fraccionar componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco y plasma desprovisto de factores lábiles) para obtener volúmenes menores para uso en transfusión pediátrica.

4. Total de ingresos.

Anote la sumatoria resultante de la columna correspondiente de los numerales 1, 2 y 3 de ingresos y altas.

5. Total de existencias e ingresos.

Anote la sumatoria, de acuerdo a cada componente sanguíneo, resultante de los numerales 1 de "Número de Unidades existentes al inicio del mes que informa" y 4 de "Total de ingresos y altas".

Egresos y bajas.

1. Número de Unidades transfundidas.

Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que se transfundieron en la unidad hospitalaria donde se encuentra su servicio de transfusión, o bien, dentro de las instalaciones del servicio de transfusión. Si el servicio de transfusión trasfunde en sus instalaciones deberá llenar, además, el formato de la "Modalidad C DEL USO TERAPÉUTICO".

2. Número de Unidades suministradas a establecimientos del sector público.

Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que envió a otros establecimientos del sector público. De haber suministrado mezclas ("pooles") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:

- Una sangre reconstituida, regístrela como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma;
- Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.

- | | |
|--|---|
| 3. Número de Unidades suministradas a establecimientos del sector privado. | Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que envió a otros establecimientos, del sector privado. De haber suministrado mezclas (" <u>poles</u> ") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> - Una sangre reconstituida, regístrela como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma; - Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades. |
| 4. Número de Unidades que se les dio destino final. | Registre el número total de los diversos productos sanguíneos desechados o, en su caso, almacenados en serotecas. |
| 5. Total de egresos y bajas. | Anote la sumatoria resultante por cada producto sanguíneo en la columna correspondiente (incluye la suma de los numerales 1 a 4 de "Egresos y bajas"). |

Existencia al término del mes.

- | | |
|--|--|
| 1. Número de Unidades existentes al término del mes que informa. | Registre el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que tiene almacenadas al término del mes que informa. Las cifras deberán ser la resultante de lo siguiente:
Existencias al inicio del mes+Total de ingresos y altas–Total de egresos y bajas.
Nota: Las unidades existentes al término de un determinado mes, debe corresponder con las unidades existentes al inicio del mes inmediato siguiente. |
|--|--|

Desglose de unidades que dio destino final.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades con algún defecto de conservación o transporte. | Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, desechados por causas como temperatura inadecuada durante la conservación o durante su traslado. |
| 2. Número de Unidades rotas o contaminadas. | Anote el número de unidades, concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, desechadas por las causas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> a) Rotura de la bolsa b) Exceso de aire en la unidad; c) Apertura del sistema, por ejemplo unidades picadas con el equipo de transfusión; d) Cambios en el aspecto físico o evidencia de contaminación bacteriana. |
| 3. Número de Unidades con hemólisis o contaminadas con eritrocitos. | Anote las unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles plasmas, plaquetas en las que existe hemoglobina libre macroscópicamente aparente, o bien, eritrocitos macroscópicamente evidentes en unidades de plasma o de plaquetas. |
| 4. Número de Unidades que llegaron al término de su vigencia. | Anote el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que se hubiesen desechado por haber llegado al último día en que se consideran viables o útiles. |
| 5. Número Unidades que dio destino final por otras causas. | Registre el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, a las que se les dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato. |

NOTA: La suma de cada columna de productos sanguíneos desechados debe coincidir con las cifras registradas en la Sección B "Egresos y bajas", en el numeral 4. Unidades que se les dio destino final.

Sección C.- Uso Autólogo.**Existencia al inicio del mes que informa.**

- | | |
|---|--|
| 1. Número de Unidades existentes al inicio del mes que informa. | Registre en las columnas correspondientes anote el número de unidades para uso autólogo, de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco, que tenga almacenadas al inicio del mes que informa. |
|---|--|

Ingresos y egresos de unidades para uso autólogo.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades recibidas de un banco de sangre. | Señale el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco que hubiese recibido de un banco de sangre para uso autólogo exclusivo. |
| 2. Número de Unidades autólogas colectadas en su servicio de transfusión. | Señale el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco que hubiese procesado en su servicio de transfusión para uso autólogo exclusivo. |
| 3. Número de Unidades autólogas transfundidas. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco para uso autólogo que se transfundieron en el establecimiento de atención médica donde se encuentra su servicio de transfusión. |
| 4. Número de Unidades autólogas que dio destino final. | Indique el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco desechadas por no haberse requerido para uso autólogo o por cualquier otra causa. |

Sección D.- Unidades recibidas por grupo sanguíneo Alogénicas y Autólogas.

Anote la cantidad de componentes sanguíneos desglosado por grupo sanguíneo que haya recibido en su servicio de transfusión en el mes que reporta (A Rh positivo, B Rh positivo, 0 Rh positivo, AB Rh positivo, A Rh negativo, b Rh negativo, 0 Rh negativo y AB Rh negativo) por uso alogénico y por uso autólogo.

- | | |
|---|--|
| 1. Concentrado eritrocitario | Desglose por grupo de sangre las unidades de concentrados eritrocitarios recibidas en su servicio de transfusión. |
| 2. Concentrados plaquetarios | Desglose por grupo de sangre las unidades de concentrados plaquetarios recibidas en su servicio de transfusión. |
| 3. Plasma fresco | Desglose por grupo de sangre las unidades de Plasma fresco recibidas en su servicio de transfusión. |
| 4. Plasma desprovisto de factores lábiles de la coagulación | Desglose por grupo de sangre las unidades de plasma desprovisto de factores lábiles de la coagulación recibidas en su servicio de transfusión. |
| 5. Crioprecipitados | Desglose por grupo de sangre las unidades de crioprecipitados recibidas en su servicio de transfusión. |

Sección E.- Desglose de intercambios de Unidades de Sangre y Componentes.**Desglose de Unidades del sector público o privado.****1. Recibidas del Sector público.**

Nombre y código del establecimiento.

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

2. Recibidas del Sector privado.

Nombre y código del establecimiento.

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos privados de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

Desglose de Unidades suministradas al sector público o privado.**1. Suministradas al Sector público.**

Nombre y código del establecimiento.

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

2. Suministradas al Sector privado.

Nombre y código del establecimiento.

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos privados a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

Sección F.- Desglose de Unidades Transfundidas por Grupo Sanguíneo. Uso Alogénico y Uso Autólogo.

Anote la cantidad de componentes sanguíneos desglosado por grupo sanguíneo que se hayan transfundido en su servicio de transfusión en el mes que reporta (A Rh positivo, B Rh positivo, 0 Rh positivo) AB Rh positivo, A Rh negativo, b Rh negativo, 0 Rh negativo y AB Rh negativo) por uso alogénico y por uso autólogo.

1. Uso alogénico

Registre las unidades empleadas para transfusión en uso alogénico desglosando la cantidad por grupo sanguíneo AB0 y Rh positivo o negativo.

2. Uso autólogo

Registre las unidades empleadas para transfusión en uso autólogo desglosando la cantidad por grupo sanguíneo AB0 y Rh positivo o negativo.

OBSERVACIONES Y ACLARACIONES.

Anote en el recuadro correspondiente:

Cualquier aclaración o eventualidad que considere pertinente mencionar o desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas, etc.

Al final del "Informe" anote el nombre completo del responsable sanitario con su firma autógrafa, así como, lugar y fecha de elaboración. En ausencia del responsable, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre del responsable sanitario.

Finalmente, el informante deberá hacer una declaratoria que haga constar que los datos vertidos son verídicos y mencionar si los "Datos Generales" de la solicitud, pueden o no darse a conocer, por tratarse de información confidencial, de conformidad con el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Finalmente, deberá anotar su nombre completo, sin abreviaturas, y firmar de manera autógrafa.



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

CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICIÓN DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS

TRÁMITE: CNTS-01-003-C, **MODALIDAD C) DEL USO TERAPÉUTICO**

Para ser llenado y firmado por el Director de la Unidad Hospitalaria



Datos generales

Fecha en la que elabora este informe (DD/MM/AAAA): ____/____/____ Mes y año que informa (MM/AAAA): ____/____

Giro del Establecimiento: Banco de Sangre Servicio de Transfusión Establecimiento de Atención Médica

Razón social o denominación del establecimiento: _____

Calle y núm. exterior e Interior: _____ Colonia: _____

Entre que calles se encuentra el establecimiento: _____

Delegación / Municipio: _____ Entidad Federativa _____

Código Postal.: _____ Teléfono(s): _____ Correo (s) electrónico (s): _____

Número de Licencia sanitaria: _____ Código único de establecimiento: _____

Perteneciente a: Secretaría de Salud federal (); IMSS (); ISSSTE (); Servicios de Salud estatales (); PEMEX ();
Dirección General de Sanidad SEDENA (); Sanidad Naval Armada Marina de México (); Privado (); Otro ()
(Especifique) _____

Sección A.- Vigilancia Transfusional

		Sí *	No
Comité de Medicina Transfusional:	Instaurado		
	Funcionando		

*En caso de haber respondido afirmativamente, anexar en físico o en formato PDF el Acta de Instalación y la minuta de la última sesión:

Nombre completo y cargo responsable de Hemovigilancia:

Indicadores para la Hemovigilancia* :

1.
$$x = \frac{\text{No. de pacientes con reacciones adversas}}{\text{No. total de transfusiones realizadas}}$$
2.
$$x = \frac{\text{Tipo de reacción adversa a la transfusión}}{\text{No. total de reacciones adversas a la transfusión}}$$
3.
$$x = \frac{\text{Numero de reacciones adversas atribuibles a error humano}}{\text{Numero total de reacciones adversas a la transfusión}}$$
4.
$$x = \frac{\text{No. de unidades desechadas por componente por mes}}{\text{No. de unidades existentes en banco de sangre por componente por mes}} \times 100$$
5.
$$x = \frac{\text{Numero de Donadores Voluntarios Altruistas}}{\text{Numero de Donaciones Totales}} \times 100$$
6.
$$x = \frac{\text{Numero de guías realizadas}}{\text{Numero de guías programadas}} \times 100$$

Anexar en físico o en formato PDF los resultados del seguimiento de los Indicadores del mes que reporta. *Todos se expresan en valores porcentuales.

Sección B.- Requerimientos y uso terapéutico de los productos sanguíneos.					
Requerimientos de sangre y sus componentes.					
1. Número de pacientes:	Transfundidos			No pudieron ser transfundidos	
	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
2. Número de unidades transfundidas					
3. Otros usos terapéuticos: _____					
Uso de hemocomponentes desglosado por departamento o servicios del hospital.					
Servicio clínico o especialidad	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de Plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Cirugía.					
2. Gineco-obstetricia.					
3. Medicina Interna.					
4. Urgencias.					
5. Pediatría.					
6. Trasplante.					
7. Hematología					
8. Oncología					
9. Otros (desglose)					

Sección C.- Productos sanguíneos solicitados, devueltos, y desechados en el Banco de Sangre.			
	Solicitados	Devueltos:	Desechados:
1. Concentrado de eritrocitos.			
2. Plaquetas.			
3. Plasma fresco			
4. Plasma desprovisto de factores lábiles			
5. Crioprecipitados			

Sección D.- Reacciones o eventos transfusionales adversos.						
Reacciones Inmunológicas Inmediatas.						
Tipo de reacción:		Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Hemolítica.	Ausentes					
	Ocurridas					
2. Febril no hemolítica.	Ausentes					
	Ocurridas					
3. Reacción alérgica (Urticaria).	Ausentes					
	Ocurridas					
4. Reacción anafilactoide	Ausentes					
	Ocurridas					
5. Anafilaxia.	Ausentes					
	Ocurridas					
6. Daño pulmonar agudo asociado a transfusión ("TRALI" por sus siglas en inglés).	Ausentes					
	Ocurridas					
7. Fallecimiento	Ausentes					
	Ocurridas					

Reacciones Inmunológicas tardías.						
Tipo de reacción:		Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Aoinmunización (contra antígenos sanguíneos o proteínas plasmáticas).	Ausentes					
	Ocurridas					
2. Hemolítica.	Ausentes					
	Ocurridas					
3. Enfermedad injerto contra huésped asociada a transfusión. (EICHAT)	Ausentes					
	Ocurridas					
4. Púrpura trombocitopénica postransfusión.	Ausentes					
	Ocurridas					
5. fallecimiento	Ausentes					
	Ocurridas					
Reacciones o Eventos No Inmunológicos Inmediatos.						
Tipo de reacción:		Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Contaminación bacteriana.	Ausentes					
	Ocurridas					
2. Sobrecarga circulatoria.	Ausentes					
	Ocurridas					
3. Hipotermia.	Ausentes					
	Ocurridas					
4. Coagulopatía hemodilucional.	Ausentes					
	Ocurridas					
5. Hemólisis no inmune (mecánica, térmica, osmótica).	Ausentes					
	Ocurridas					
6. Desequilibrio hidroelectrolítico (hipocalcemia, hiperpotasemia, hipomagnesemia).	Ausentes					
	Ocurridas					
7. Embolia.	Ausentes					
	Ocurridas					
8. Disnea asociada a transfusión	Ausentes					
	Ocurridas					
9. Reacciones hipotensivas	Ausentes					
	Ocurridas					
10. Fallecimiento	Ausentes					
	Ocurridas					

Reacciones o Eventos No inmunológicos tardíos.							
Tipo de reacción:		Sangre Total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados
1. Hemosiderosis.	Ausentes						
	Ocurridas						
2. Infección por VIH 1	Ausentes						
	Ocurridas						
3. Infección por VBH.	Ausentes						
	Ocurridas						
4. Infección por VCH.	Ausentes						
	Ocurridas						

5. Infección por otros virus.	Ausentes						
	Ocurridas						
6. Infección por <i>Treponema pallidum</i> .	Ausentes						
	Ocurridas						
7. Infección por otras bacterias.	Ausentes						
	Ocurridas						
8. Infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> .	Ausentes						
	Ocurridas						
9. Infección por otros parásitos.	Ausentes						
	Ocurridas						

Sección E. Número de reacciones atribuibles a error humano y técnico.		
1	Número de reacciones atribuibles a error humano	
2	Número de reacciones atribuibles a error técnico	

Observaciones y aclaraciones

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos consignados son verídicos, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

SÍ

NO

Nombre y firma del Director de la Unidad Hospitalaria

Lugar y fecha

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE COMUNICAR AL TELÉFONO DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (55) 63 92 22 50 ext. 51681 O AL CORREO ELECTRÓNICO metodologia-cnts@salud.gob.mx

MODALIDAD C “DEL USO TERAPÉUTICO”

Para el llenado de esta modalidad del “Informe”, véanse las “INSTRUCCIONES GENERALES”, aplicables a las tres modalidades.

Para ser llenado y firmado por el Director de la unidad hospitalaria.

DATOS GENERALES.

Fecha en la que se elabora este informe (DD/MM/AAA).	Anote el día, mes y año en que elabora este informe, en números arábigos, con dos dígitos para el día (añada un “0” para los primeros nueve días del mes) y el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Mes y año que informa (MM/AAAA).	Anote el mes y año que está informando, en números arábigos con dos dígitos para el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Giro del establecimiento	Especificar marcando con una “X” si se trata de un Banco de Sangre, un Servicio de Transfusión o un Establecimiento de Atención Médica.
Razón Social o denominación del establecimiento.	Anotar nombre completo del establecimiento sin abreviaturas, el cual debe corresponder al de su licencia sanitaria.
Calle y número exterior e interior.	Registre el nombre completo de la calle, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número interior o letra, también anotarlo.
Colonia.	Anotar el nombre completo de la colonia, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Entre qué calles se encuentra el establecimiento	Registre entre qué calles se encuentra el establecimiento.
Delegación o municipio.	Anotar el nombre completo de la delegación o municipio, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Ciudad.	Anote el nombre de la ciudad donde se encuentra el establecimiento.
Entidad Federativa.	Registre la Entidad Federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Código Postal.	Anote el número completo del código postal que corresponda.
Correo electrónico.	Anote el o los correos electrónicos de contacto del establecimiento o del responsable sanitario.
Teléfono(s).	Anote el o los números telefónicos, incluyendo clave lada (ejemplo 01 (55) + teléfono local).
Número de Licencia Sanitaria.	Anote el número completo de la licencia sanitaria del establecimiento.
Código Único del establecimiento.	Registre el código único del establecimiento, este número le será proporcionado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea a través del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre.
Perteneciente a:	En el paréntesis marque con una “X” la opción del establecimiento correspondiente (por ejemplo: SSA [X] (en caso que el establecimiento no pertenezca a una institución de las mencionadas en el formato, marque con una “X” la opción “otro” y en el rubro “especifique” registre el nombre completo de la institución o dueño del establecimiento).

Sección A.- Vigilancia Transfusional.

Comité de Medicina Transfusional. Registrar si cuenta o no con el Comité de Medicina Transfusional y si está o no en funcionamiento.

En caso de haber respondido afirmativamente, anexar en PDF el acta de instalación y la minuta de la última sesión. Con base en el numeral 17 Comité de Medicina Transfusional de la Norma Oficial Mexicana NOM SSA1_2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, las unidades hospitalarias que transfunden con regularidad más de cincuenta unidades de sangre o de sus componentes, deberán constituir un Comité de medicina transfusional.

Nombre completo y cargo del responsable de la hemovigilancia. Registrar el nombre completo y el cargo del responsable de la hemovigilancia.

Indicadores para Hemovigilancia:

1. Indicador que se refiere a determinar el porcentaje de pacientes que presentaron alguna reacción adversa.

$$x = \frac{\text{No. de pacientes con reacciones adversas}}{\text{No. total de transfusiones realizadas}}$$

2. Indicador que se refiere específicamente al tipo de reacción. Para cada tipo de reacción adversa (si ese fuera el caso), se deberá establecer con qué porcentaje contribuye al total de reacciones.

$$x = \frac{\text{Tipo de reacción adversa a la transfusión}}{\text{No. total de reacciones adversas a la transfusión}}$$

3. Indicador que discrimina del total de reacciones adversas, aquellas que se pueden atribuir a "error humano".

$$x = \frac{\text{Numero de reacciones adversas atribuibles a error humano}}{\text{Numero total de reacciones adversas a la transfusión}}$$

4. Indicador que se refiere al número de unidades de sangre y componentes sanguíneos desechados.

$$x = \frac{\text{No. de unidades desechadas por componente por mes}}{\text{No. de unidades existentes en banco de sangre por componente por mes}} \times 100$$

5. Indicador que observa el cambio de esquema de donación de sangre de reposición, a donación de sangre voluntaria y altruista.

$$x = \frac{\text{Numero de Donadores Voluntarios Altruistas}}{\text{Numero de Donaciones Totales}} \times 100$$

6. Generación de guías transfusionales. Para poder dar cumplimiento a este indicador, la Institución hospitalaria deberá de realizar el análisis de sus procedimientos críticos por cada especialidad que opere en el establecimiento.

$$x = \frac{\text{Numero de guías realizadas}}{\text{Numero de guías programadas}} \times 100$$

Anexar en físico o en formato PDF los resultados del seguimiento de los Indicadores del mes que reporta.

*Todos se expresan en valores porcentuales.

SECCIÓN B.- Requerimientos y uso terapéutico de los productos sanguíneos.**Requerimientos de sangre y sus componentes.**

1. Número de pacientes transfundidos y a los que se les solicitó sangre y componentes sanguíneos pero no pudieron ser transfundidos.

En las casillas correspondientes, señale el número de pacientes transfundidos, de pacientes a los que se les solicitó producto sanguíneo y que no pudieron ser transfundidos (por causas propias del servicio de sangre) o no suministrados por insuficiencia de productos sanguíneos.

Nota: Las mezclas ("pools") de componentes, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:

 - Una sangre reconstituida, se registrará como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma;
 - Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.

2. Número de unidades transfundidas de:

Registre el número de unidades transfundidas: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, y crioprecipitados, durante el mes informado.

3. Otros usos terapéuticos.

Anote el número de unidades empleadas en usos terapéuticos distintos a la transfusión. En el espacio de OBSERVACIONES Y ACLARACIONES, especifique el contenido de la unidad y el uso terapéutico que se le dio, por ejemplo: 2 unidades de plasma rico en plaquetas para medicina regenerativa.

Uso de hemocomponentes desglosado por departamento o servicios del hospital.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía 2. Gineco-obstetricia 3. Medicina Interna 4. Urgencias 5. Pediatría 6. Trasplante 7. Hematología 8. Oncología 9. Otros (desglosar) 	<p>Anote el número de unidades transfundidas en los servicios clínicos o especialidades del listado desglosando por cada componente sanguíneo, (concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados) cuando el servicio al cual se le proporcionaron los componentes no se encuentre en el listado puede utilizar la opción de otros, desglosando al nombre del servicio clínico o especialidad, en caso de ser necesario puede usted recurrir al espacio OBSERVACIONES Y ACLARACIONES o en su defecto anexar listado al presente formato.</p>
---	--

Sección C.- Componentes Sanguíneos solicitados, devueltos y desechados en el banco de sangre.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Concentrado de eritrocitos 2. Plaquetas 3. Plasma fresco 4. Plasma desprovisto de factores lábiles 5. Crioprecipitados 	<p>Registre haciendo el desglose por cada componente sanguíneo de la cantidad de unidades que fueron solicitadas al banco de sangre, unidades devueltas debido a que por alguna causa no fueron transfundidos y registre si de estas unidades devueltas el banco de sangre se tuvo la necesidad de desecharlas o darles destino final.</p>
---	--

Sección D.- Reacciones o eventos transfusionales adversos.

Las reacciones o eventos adversos a la transfusión pueden ser inmunológicos o no inmunológicos. De acuerdo al momento de su aparición pueden ser inmediatas (las que se presentan dentro de las primeras 24 horas tras la transfusión) o tardías (las que ocurren después de las 24 horas del inicio de la transfusión).

Reacciones Inmunológicas Inmediatas.

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice "ausentes", cuando no se presentó reacción o efecto adverso u "ocurridos" cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

1. Hemolítica Efecto adverso más grave asociado a transfusión. Dolor torácico o lumbar, taquicardia, disnea, escalofríos, fiebre, sangrado e incluso shock. Los pacientes inconscientes pueden presentar hipotensión y coagulación intravascular diseminada (CID) hemoglobinemia, hemoglobinuria, aumento de bilirrubina sérica, prueba de antiglobulina directa positiva. Las causas son por incompatibilidad AB0.
2. Febril no hemolítica. Fiebre o incremento de la temperatura corporal igual o mayor de 1° C, acompañada o no de escalofrío, habitualmente ocurre durante la transfusión. Puede acompañarse de cefalea y vómito. La reacción es mediada por anticuerpos contra antígenos leucocitarios, proteínas plasmáticas, citosinas de producción endógena o por transferencia pasiva, o bien, por contaminación bacteriana, esta última se presenta con mayor frecuencia con la aplicación de concentrado de plaquetas.
3. Reacción alérgica Se manifiesta con prurito, enrojecimiento, salpullido y placas eritematosas. Es mediada por anticuerpos clase IgE contra proteínas plasmáticas o alérgenos presentes en el plasma.
(Urticaria)
4. Reacción anafilactoide. Puede presentarse con urticaria, estornudo, sibilancia, ronquido, estridor, angioedema, dolor torácico, disnea, opresión en el pecho o dolor retroesternal, hipotensión, taquicardia, arritmia, cólico, náusea, vómito o diarrea, en ausencia de fiebre. Puede ser secundaria a los mismos factores causales de la urticaria o por anticuerpos contra IgA en pacientes deficientes de esta inmunoglobulina, elementos no biológicos desprendidos o procedentes de los materiales que componen a los insumos empleados en el procedimiento transfusional.
5. Anafilaxia. Puede presentarse con hipotensión, obstrucción de vías aéreas superiores (edema laríngeo) o vías inferiores (broncoespasmo), sensación de muerte inminente, pérdida de la conciencia y choque. Debida a anticuerpos contra IgA, haptoglobinas, fracción C4 (antígenos Chido/Rodgers).
6. Daño pulmonar agudo asociado a transfusión ("TRALI" por sus siglas en inglés). Datos de insuficiencia respiratoria aguda, hipoxia tisular, edema pulmonar agudo bilateral sin compromiso cardíaco, fiebre, hipotensión y taquicardia. Imagen radiológica de infiltración pulmonar bilateral. Se debe a transferencia pasiva de anticuerpos contra leucocitos del receptor, o anticuerpos del receptor contra antígenos leucocitarios del donante.
7. Fallecimiento La muerte del paciente por reacción transfusional aguda.

Reacciones Inmunológicas tardías.

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice "ausentes", cuando no se presentó reacción o efecto adverso u "ocurridos" cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

1. Aloinmunización (contra antígenos sanguíneos o proteínas plasmáticas). En esta reacción hay acortamiento de la vida media del componente transfundido, por ejemplo refractariedad a las plaquetas. Se presentan cuando ha habido embarazo y/o transfusiones previas.

2. Hemolítica. Ocurre entre los 5 y 10 días tras aplicada la transfusión de eritrocitos, puede pasar inadvertida, sin embargo, cuando se manifiesta, puede cursar con fiebre, anemia, ictericia, ocasionalmente hemoglobinuria y coluria.
3. Enfermedad injerto contra huésped asociada a transfusión. (EICH-AT) Se presenta entre los 2 a 30 días posteriores a la transfusión, se manifiesta con fiebre, urticaria con descamación, diarrea acuosa, pancitopenia, alteración de enzimas hepáticas, e ictericia. Se debe a la proliferación en el receptor de linfocitos presentes en el componente transfundido. Suele ocurrir en pacientes inmunodeprimidos, tales como trasplantados de médula ósea, SIDA, prematuros o recién nacidos de bajo peso.
4. Púrpura trombocitopénica postransfusión. Se identifica por una cuenta de plaquetas menor de $100 \times 10^9/L$. Se presentan entre los 5 y 10 días de aplicada la transfusión. Se debe a anticuerpos contra antígenos plaquetarios, con destrucción de plaquetas autólogas por fenómenos inmunológicos diversos.
5. Fallecimiento La muerte del paciente por reacción transfusional tardía.

Reacciones o Eventos No Inmunológicos Inmediatos.

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice "ausentes", cuando no se presentó reacción o efecto adverso u "ocurridos" cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

1. Contaminación bacteriana. Puede ser por bacterias gram positivas o gram negativas, se manifiesta con fiebre, escalofrío, náusea, vómito, dolor abdominal y muscular, disnea, diarrea, hipotensión y choque séptico.
2. Sobrecarga circulatoria. Se manifiesta con disnea, ortopnea, cianosis, tos, esputo espumoso (asalmonado), taquicardia, cefalea, hipertensión, plétora venosa en cuello, edema y signos y síntomas de falla cardíaca congestiva, secundaria a la administración de unidades de sangre o componente sanguíneos.
3. Hipotermia. Se manifiesta con: arritmias ventriculares, escalofríos, aumento del consumo de oxígeno y puede haber paro cardíaco. Ocurre cuando un paciente es transfundido con múltiples unidades a bajas temperaturas.
4. Coagulopatía hemodilucional. Aparecen signos hemorrágicos debidos a la dilución de factores de la coagulación y de las plaquetas, en pacientes que han recibido transfusión masiva, especialmente de concentrados de eritrocitos y soluciones parenterales.
5. Hemolisis no inmune (mecánica, térmica u osmótica). Esta reacción puede pasar inadvertida, su origen puede ser mecánico, térmico u osmótico (excesivo tiempo de centrifugado de unidades, circulación extracorpórea, administración concomitante con la transfusión de soluciones hipotónicas o fármacos, calentamiento o presión excesiva aplicada a las unidades).
6. Desequilibrio hidroelectrolítico (hipocalcemia, hipercalemia, hipomagnesemia). Puede ocurrir:
 - Hipocalcemia (disminución del nivel de calcio plasmático de 2.1 mmol/L u calcio plasmático total de 8.5 mg/dL), puede ocasionar parestesias peribucales o faciales, prolongación del segmento ST del electrocardiograma y raramente tetania. Se debe al exceso de anticoagulante ocasionado por transfusión masiva.
 - Hiperpotasemia plasmática (superior a 5.0 mEq/L), puede generar arritmias especialmente en pacientes con insuficiencia renal y pueden ser letales. Ocurre en transfusión masiva de unidades de concentrados de eritrocitos, especialmente cuando están cercanos al límite de vigencia o por salida rápida del potasio intracelular cuando hay hemólisis.
 - Hipomagnesemia (niveles sanguíneos menores a 1.5 mEq/L), provoca debilidad muscular, confusión, disminución de reflejos, movimientos "entrecortados", hipertensión arterial y ritmos cardíacos irregulares.

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 7. Embolia. | El cuadro clínico depende del órgano afectado. Se originan por émbolos aéreos o de partículas. |
| 8. Disnea asociada a transfusión. | Distress respiratorio agudo que no reúne criterios de TRALI, sobrecarga cardiaca o reacción alérgica. El distress respiratorio debe ser la característica fundamental del cuadro. |
| 9. Reacciones hipotensivas | Cuadro de hipotensión sistólica y/o diastólica agudo al inicio de la transfusión. Suele acompañarse de disnea y/o hipoxemia. |
| 10. Fallecimiento. | La muerte del paciente por reacción transfusional aguda. |

Reacciones o Eventos No Inmunológicos Tardíos.

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice “ausentes”, cuando no se presentó reacción o efecto adverso u “ocurridos” cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

- | | |
|---|--|
| 1. Hemosiderosis. | Es una enfermedad por sobrecarga de hierro en los tejidos, ocurre en pacientes politransfundidos por largos periodos con productos sanguíneos que contienen eritrocitos y sus manifestaciones son múltiples, entre ellas, fallas cardiacas, hepáticas o ambas. |
| 2. Infección por VIH 1–2 | |
| 3. Infección por VBH | |
| 4. Infección por VCH | |
| 5. Infección por otros virus | |
| 6. Infección por <i>T. Treponema pallidum</i> | |
| 7. Infección por otras bacterias | Registre el número de casos de infección por cualquiera de estos agentes, cuya transmisión sea posiblemente imputable a la transfusión, que hubiese detectado durante el mes que informa. |
| 8. Infección por <i>T. Tripanosoma cruzi</i> | |
| 9. Infección por otros parásitos. | |

Sección E.- Número de reacciones atribuibles a error humano y/o técnico.

- | | |
|---|--|
| 1. Número de reacciones atribuibles a error humano | Anote el número de reacciones que pudieran ser atribuibles a errores humanos y/o técnicos. |
| 2. Número de reacciones atribuibles a error técnico | Anote el número de reacciones que pudieran ser atribuibles a errores técnicos. Entendiendo por éstos los relacionados con el equipo y/o reactivos. |

Observaciones y aclaraciones.

Anote en el recuadro correspondiente:

Cualquier aclaración o eventualidad que considere pertinente mencionar o desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas, etc.

Al final del “Informe” anote el nombre completo del responsable sanitario con su firma autógrafa, así como, lugar y fecha de elaboración. En ausencia del responsable, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre y apellidos del responsable sanitario.

Finalmente, el informante deberá hacer una declaratoria que haga constar que los datos vertidos son verídicos y mencionar si los “Datos Generales” de la solicitud, pueden o no darse a conocer, por tratarse de información confidencial, de conformidad con el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Finalmente, deberá anotar su nombre completo, sin abreviaturas, y firmar de manera autógrafa.

SEGUNDO Convenio Modificatorio al Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de San Luis Potosí.

SEGUNDO CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA, NÚMERO DGPLADES-FAM-CECTR-SLP-01/16, SUSCRITO EL DÍA 13 DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2016, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ “LA SECRETARÍA”, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL DR. JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA, SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD, ASISTIDO POR EL DR. MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES, DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES), Y POR LA OTRA PARTE, EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSÍ, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “LA ENTIDAD”, REPRESENTADO POR LA DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ, CON LA PARTICIPACIÓN DEL C.P. JOSÉ LUIS UGALDE MONTES, EN SU CARÁCTER DE SECRETARIO DE FINANZAS, Y QUE CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ COMO “LAS PARTES”, CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

- I. Con el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica se dará continuidad a la estrategia federal que inicia en 2007 como Programas Caravanas de la Salud y posteriormente como Unidades Médicas Móviles, con el objeto de garantizar la oferta de servicios de salud en zonas marginadas del país, con alta dispersión y difícil acceso geográfico.
- II. Que el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica forma parte del objetivo de “Asegurar el acceso a los servicios de salud” previsto en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y tiene como misión ampliar la oferta de servicios de salud a las personas que habitan en localidades de menor índice de desarrollo humano, alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica, sin acceso o dificultades para obtener atención médica, mediante equipos itinerantes de salud y unidades médicas móviles que ofrecen servicios de prevención y promoción del cuidado de la salud, basado en criterios de calidad, anticipación, integralidad, inclusión y resolutivead.
- III. Con fecha 10 de octubre de 2012, “LA ENTIDAD” y “LA SECRETARÍA” celebraron el Acuerdo Marco de Coordinación, en lo sucesivo “EL ACUERDO MARCO”, con el objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como para fijar las bases y mecanismos generales a través de los cuales serían transferidos, mediante la suscripción del instrumento específico correspondiente, recursos presupuestarios federales, insumos y bienes a “LA ENTIDAD”, para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos de los artículos 9 y 13 apartado B de la Ley General de Salud.
- IV. Que en fecha 13 de enero de 2016, “LA SECRETARÍA” y “LA ENTIDAD” suscribieron el Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, número DGPLADES-FAM-CECTR-SLP-01/16, por un monto de \$5,360,191.48 (CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS 48/100 M.N.), en lo sucesivo “EL CONVENIO”, con el objeto de transferir recursos presupuestarios federales a “LA ENTIDAD” para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el Ejercicio Fiscal 2016 (enero-junio), y de manera específica para realizar los gastos que se deriven de la operación de trece (13) unidades médicas móviles y del aseguramiento (que comprenda los ocupantes, equipamiento, unidades médicas móviles, con cobertura en casos de desastres naturales) que ampare a veintiséis (26) unidades médicas móviles del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el Estado de San Luis Potosí y coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos de los artículos 9 y 13 apartado B de la Ley General de Salud, de conformidad con el presente instrumento jurídico y los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12, los cuales debidamente firmados por las instancias que

celebran el presente Convenio Específico de Colaboración, forman parte integrante de su contexto, en los que se describen: la aplicación que se dará a tales recursos; los compromisos que sobre el particular asumen “LA ENTIDAD” y “LA SECRETARÍA”, y los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

- V.** Que en la Cláusula CUARTA de “EL CONVENIO” se dispuso que: Los recursos presupuestarios federales que transfiere “LA SECRETARÍA”, que alude la Cláusula SEGUNDA de este instrumento jurídico, se destinarán en forma exclusiva para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el Ejercicio Fiscal 2016 (enero-junio), y de manera específica para realizar los gastos que se deriven de la operación de trece (13) unidades médicas móviles y del aseguramiento (que comprenda los ocupantes, equipamiento, unidades médicas móviles, con cobertura en casos de desastres naturales) que ampare a veintiséis (26) unidades médicas móviles del Programa en el Estado de San Luis Potosí, por parte de los Servicios de Salud del estado de San Luis Potosí.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, como gasto corriente o gasto de capital.

Los recursos presupuestarios federales que se transfieren vía “Subsidios”, se devengan conforme a lo establecido en el artículo 175 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y deberán ser registrados por “LA ENTIDAD” en su contabilidad de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y se rendirán en su Cuenta Pública, sin que por ello pierdan su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos presupuestales federales transferidos a que se refiere la Cláusula SEGUNDA de este Convenio Específico de Colaboración, deberán destinarse al Programa previsto en la Cláusula PRIMERA de este Convenio Específico de Colaboración.

“LA ENTIDAD” presentará un informe detallado de los rendimientos financieros generados y el seguimiento de su ejercicio deberá hacerse mediante el formato de certificación de gasto conforme a los Anexos 4 y 10 del presente Convenio Específico de Colaboración.

“LA ENTIDAD” una vez cumplido el objeto del presente Convenio Específico de Colaboración, deberá de reintegrar al Erario Federal (Tesorería de la Federación), dentro de los 15 días siguientes a dicho cumplimiento, los saldos no utilizados de los recursos presupuestarios federales que se hayan transferido, así como los rendimientos financieros generados y que no hayan sido aplicados y comprobados de conformidad con la Cláusula PRIMERA y lo dispuesto en la presente Cláusula.

- VI.** En la Cláusula OCTAVA de “EL CONVENIO”, correspondiente a la vigencia se estableció que “EL CONVENIO” comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción por parte de “LA SECRETARÍA” y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2016.
- VII.** Que en la Cláusula NOVENA de “EL CONVENIO”, “LAS PARTES” acordaron que “EL CONVENIO” podría modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico de Colaboración obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de “LA ENTIDAD”.

En circunstancias especiales, caso fortuito o de fuerza mayor, para la realización del programa previsto en este instrumento jurídico, “LAS PARTES” acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas eventualidades. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del Convenio Modificadorio correspondiente.

- VIII.** Que en fecha 22 de julio de 2016, “LA SECRETARÍA” y “LA ENTIDAD” suscribieron el Convenio Modificadorio al Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, ejercicio fiscal 2016 (enero-septiembre), con número DGPLADES-FAM-CECTR-SLP-MODIF.-01/16, por un monto de \$7,785,287.22 (Siete millones setecientos ochenta y cinco mil doscientos ochenta y siete pesos 22/100 M.N.), en lo sucesivo “EL CONVENIO MODIFICATORIO”, con la finalidad de hacer modificaciones a “EL CONVENIO” en cuanto al incremento del monto del recurso asignado vía

subsidio, la distribución del recurso por capítulo de gasto, y las disposiciones para la aplicación y comprobación de los recursos transferidos, para cumplir con el objetivo del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica y las metas programadas, para lo cual se modificaron las Cláusulas PRIMERA, SEGUNDA, CUARTA y SEXTA, y los Anexos 1, 2, 3, 9 y 12 de "EL CONVENIO" a efecto de dar continuidad a su ejecución y alcanzar los objetivos establecidos en el mismo, buscando que éstos se lleven conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

- IX.** Acorde a lo establecido en las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica para el ejercicio fiscal 2016, publicadas en el Diario Oficial de la Federación en fecha 30 de diciembre de 2015, y sus modificaciones publicadas en el Diario Oficial de la Federación en fecha 25 de agosto de 2016, vigentes, con la finalidad de atender las necesidades actuales para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en la entidad federativa, es indispensable hacer modificaciones a "EL CONVENIO" y a "EL CONVENIO MODIFICATORIO" en cuanto al incremento del monto del recurso asignado vía subsidio, la distribución del recurso por capítulo de gasto y las disposiciones para la aplicación y comprobación de los recursos transferidos, con la finalidad de cumplir con el objetivo del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica y las metas programadas, para lo cual resulta necesario modificar las Cláusulas PRIMERA, SEGUNDA, CUARTA y SEXTA, y los Anexos 1, 2, 3, 9 y 12 de "EL CONVENIO" y de "EL CONVENIO MODIFICATORIO", a efecto de dar continuidad a su ejecución y alcanzar los objetivos establecidos en el mismo, buscando que estos se lleven conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

DECLARACIONES

De "LAS PARTES":

- I. Que reconocen su personalidad jurídica con la que intervienen en el presente instrumento jurídico, y ratifican todas y cada una de las declaraciones de "EL CONVENIO" y de "EL CONVENIO MODIFICATORIO", en todo lo que no se contraponga con lo expresado en el presente instrumento jurídico.
- II. Que es su voluntad el suscribir el presente convenio modificatorio en los términos que se planean.

Una vez expuesto lo anterior, "LAS PARTES" están de acuerdo en suscribir el presente instrumento jurídico al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Se modifica en "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO", la Cláusula PRIMERA, el primer párrafo y el cuadro posterior al segundo párrafo, para quedar como a continuación se describe:

PRIMERA.- OBJETO.- El presente Convenio Específico de Colaboración y sus Anexos tienen por objeto transferir recursos presupuestarios federales a "LA ENTIDAD" para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el Ejercicio Fiscal 2016 (enero-diciembre), y de manera específica para realizar los gastos que se deriven de la operación de trece (13) unidades médicas móviles y del aseguramiento (que comprenda los ocupantes, equipamiento, unidades médicas móviles, con cobertura en casos de desastres naturales) que ampare a veintiséis (26) unidades médicas móviles del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el Estado de San Luis Potosí, y coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos de los artículos 9 y 13 apartado B de la Ley General de Salud, de conformidad con el presente instrumento jurídico y los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12, los cuales debidamente firmados por las instancias que celebran el presente Convenio Específico de Colaboración, forman parte integrante de su contexto, en los que se describen: la aplicación que se dará a tales recursos; los compromisos que sobre el particular asumen "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARÍA", y los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

Los recursos presupuestarios que transfiere "LA SECRETARÍA", se aplicarán al concepto y hasta por los importes que a continuación se mencionan:

CONCEPTO	IMPORTE
"PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA".	\$8,920,644.86 (OCHO MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS 86/100 M.N.).

El importe que se transferirá a "LA ENTIDAD" ...

Con el objeto de asegurar la aplicación ...

SEGUNDA.- Se modifica en "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO", los párrafos primer y segundo de la Cláusula SEGUNDA, así como en el primer párrafo del apartado de PARÁMETROS de la citada cláusula SEGUNDA, para quedar como a continuación se describe:

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- Para la realización de las acciones objeto del presente instrumento jurídico, "LA SECRETARÍA" con cargo a su presupuesto para el ejercicio fiscal 2016 transferirá a "LA ENTIDAD" recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$8,920,644.86 (OCHO MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS 86/100 M.N.), de acuerdo con los plazos y calendario que se precisan en el Anexo 2 de este Convenio Específico de Colaboración.

Los recursos a que se refiere el párrafo anterior, se radicarán en varias ministraciones conforme al Anexo 2 y la disponibilidad presupuestaria, a través de la Secretaría de Finanzas de "LA ENTIDAD", en la cuenta bancaria productiva, única y específica que ésta establezca para tal fin. Para los efectos anteriores, la Secretaría de Finanzas de "LA ENTIDAD" deberá remitir la documentación complementaria correspondiente relativa a la apertura de dicha cuenta a nombre del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a "LA SECRETARÍA" a través de la DGPLADES, con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Una vez que sean radicados los recursos ...

Para los efectos del párrafo anterior, ...

Los recursos presupuestarios ...

Queda expresamente estipulado, ...

El control y la fiscalización ...

Cuando las autoridades federales o locales ...

"LA ENTIDAD" deberá sujetarse a ...

PARÁMETROS

"LA SECRETARÍA" vigilará, por conducto de la DGPLADES, que los recursos presupuestarios federales señalados en la Cláusula SEGUNDA, sean destinados únicamente para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el Ejercicio Fiscal 2016 (enero-diciembre) y realizar los gastos que se deriven de la operación de trece (13) unidades médicas móviles y del aseguramiento (que comprenda los ocupantes, equipamiento, unidades médicas móviles, con cobertura en casos de desastres naturales) que ampare a veintiséis (26) unidades médicas móviles del Programa en el Estado de San Luis Potosí, unidades médicas móviles otorgadas mediante los contratos de comodato suscritos en años anteriores entre la Secretaría de Salud y el Ejecutivo de la entidad federativa, así como los correspondientes convenios modificatorios por los que se prórroga la vigencia de éstos, de conformidad con los Anexos del presente instrumento jurídico, y por el monto a que se refiere la Cláusula PRIMERA, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y de acuerdo a los siguientes alcances:

a) La DGPLADES transferirá los recursos presupuestarios federales ...

La DGPLADES de acuerdo con su disponibilidad presupuestaria podrá ...

- Asimismo, el pago de ...
- b) La DGPLADES considerando su disponibilidad ...
 - c) La DGPLADES podrá en todo momento supervisar y verificar ...
 - d) La DGPLADES aplicará las medidas que procedan ...
 - e) Los recursos presupuestarios federales ...

TERCERA.- Se modifica en "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO" el primer párrafo de la Cláusula CUARTA, para quedar como a continuación se describe:

CUARTA.- APLICACIÓN.- Los recursos presupuestarios federales que transfiera "LA SECRETARÍA", que alude la Cláusula SEGUNDA de este instrumento jurídico, se destinarán en forma exclusiva para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el Ejercicio Fiscal 2016 (enero-diciembre), y de manera específica para realizar los gastos que se deriven de la operación de trece (13) unidades médicas móviles y del aseguramiento (que comprenda los ocupantes, equipamiento, unidades médicas móviles, con cobertura en casos de desastres naturales) que ampare a veintiséis (26) unidades médicas móviles del Programa en el Estado de San Luis Potosí, por parte de los Servicios de Salud del estado de San Luis Potosí.

Dichos recursos no podrán ...

Los recursos presupuestarios federales que se ...

Los rendimientos financieros que generen ...

"LA ENTIDAD" presentará un informe detallado de ...

"LA ENTIDAD" una vez cumplido el objeto del presente Convenio ...

CUARTA.- Se modifica en "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO" la Cláusula SEXTA, para quedar como a continuación se describe:

SEXTA.- OBLIGACIONES DE "LA ENTIDAD".- "LA ENTIDAD" adicionalmente a los compromisos establecidos en "EL ACUERDO MARCO", se obliga a:

- I. Los Servicios de Salud de San Luis Potosí ...
- II. Aplicar los recursos presupuestarios federales y sus rendimientos financieros a ...
- III. Remitir en un plazo no mayor a treinta (30) días hábiles ...
Asimismo, se compromete a ...
La documentación comprobatoria del gasto ...
- IV. La Secretaría de Finanzas deberá ministrar íntegramente ...
Los recursos presupuestarios ...
- V. Informar de manera trimestral, dentro de ...
- VI. Reportar y dar seguimiento trimestralmente, ...
- VII. Los recursos humanos ...
- VIII. Los Servicios de Salud de San Luis Potosí realizarán los trámites para la contratación del personal que se requiera para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica y/o para el cumplimiento del objeto de este instrumento jurídico, durante el ejercicio fiscal 2016 (enero-diciembre), conforme a los requisitos y profesiograma establecido por "LA SECRETARÍA", y de conformidad con el Anexo 9 del presente instrumento jurídico.
- IX. Informar a "LA SECRETARÍA" sobre ...
- X. Mantener actualizados ...
- XI. Con base en el ...
- XII. Informar sobre ...

XIII. Realizar las gestiones para la publicación ...

XIV. Promover y realizar las acciones ...

XV. Las demás obligaciones que ...

QUINTA.- Se modifican los Anexos 1, 2, 3, 9 y 12 de "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO" relativos al monto asignado vía subsidio, la distribución del recurso por capítulo de gasto, la asignación y distribución del recurso en el capítulo 1000 servicios personales, de conformidad con los documentos anexos al presente instrumento jurídico, para todos los efectos procedentes.

SEXTA.- Se modifica el pie de página de los Anexos 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 11 de "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO" para quedar en los siguientes términos:

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

SÉPTIMA.- "LAS PARTES" convienen que salvo lo previsto en el presente instrumento jurídico no se modifican, alteran o innovan las obligaciones pactadas en "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO" por lo que ratifican y subsisten en su totalidad las demás Cláusulas y Anexos de "EL CONVENIO" y en "EL CONVENIO MODIFICATORIO" que no se contrapongan con el presente instrumento jurídico.

OCTAVA.- El presente Segundo Convenio Modificatorio entrará en vigor a partir de la fecha de su firma, debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial de "LA ENTIDAD".

Enteradas las partes del contenido y consecuencias legales del presente Segundo Convenio Modificatorio del Convenio, lo firman por cuadruplicado a los 27 días del mes de octubre de 2016, en la Ciudad de México.- Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **José Meljem Moctezuma**.- Rúbrica.- El Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, **Malaquías López Cervantes**.- Rúbrica.- Por la Entidad: la Directora General de Servicios de Salud de San Luis Potosí, **Mónica Liliana Rangel Martínez**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **José Luis Ugalde Montes**.- Rúbrica.

ANEXO 1 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA
TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS

CAPÍTULO DE GASTO	APORTACIÓN FEDERAL	APORTACIÓN ESTATAL	TOTAL 2016
4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas"	\$8,920,644.86	\$0.00	\$8,920,644.86
TOTAL	\$8,920,644.86	\$0.00	\$8,920,644.86

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

ANEXO 2 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

CALENDARIO DE MINISTRACIÓN DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS

CONCEPTO	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEPT.	OCTUBRE-DICIEMBRE	TOTAL 2016
4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas" 43801 "Subsidios a las Entidades Federativas y Municipios.				\$5,360,191.48				\$2,425,095.74		\$1,135,357.64	\$8,920,644.86
ACUMULADO				\$5,360,191.48				\$2,425,095.74		\$1,135,357.64	\$8,920,644.86

La "Secretaría" podrá suspender la transferencia de los recursos presupuestarios federales para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica correspondiente al segundo semestre del año, en caso de presentarse incumplimiento en la comprobación de los recursos transferidos a "La Entidad" mediante el presente instrumento (enero-diciembre). La comprobación de los recursos deberá de realizarse dentro de los primeros 15 días hábiles siguientes al término del trimestre correspondiente.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

ANEXO 3 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR CAPÍTULO, CONCEPTO Y PARTIDA PRESUPUESTARIA

ASEGURAMIENTO DE 26 UMM CON GASTOS DE OPERACIÓN PARA 13 UMM	TOTAL 2016
1000 "SERVICIOS PERSONALES"	\$8,872,514.86
3700 "SERVICIOS DE TRASLADOS Y VIÁTICOS" *	\$48,130.00
34501 "SEGUROS DE BIENES PATRIMONIALES"***	\$0.00
TOTAL	\$8,920,644.86

El uso de los recursos económicos para la contratación de seguro de las UMM deberá apegarse a los lineamientos que se emiten por oficio y deben incluirse la totalidad de UMM que se han entregado en comodato a la Entidad: UMM Tipo 0, además de las de supervisión y de sustitución, así como las UMM, tipo 1, 2 y 3.

*En caso de que la entidad federativa realice comisiones oficiales vía terrestre en las cuales genere gastos por concepto de peaje podrá comprobar el gasto en la partida 39202.

**La entidad federativa se compromete a asegurar las 26 unidades médicas móviles con recursos propios, apegándose a los lineamientos establecidos.

En caso de que se generen rendimientos financieros y/o economías presupuestarias derivadas de los recursos federales antes señalados, éstos deberán ser devengados al 31 de diciembre de 2016 única y exclusivamente para la contratación de los servicios y/o adquisición de los bienes, señalados en el anexo 8 de este Convenio; bajo las siguientes partidas específicas de gasto: 25301, 26102, 29501, 29601, 31601, 33401, 35401 y 35501.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

ANEXO 4 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE GASTO 2016 PARA "GASTOS DE OPERACIÓN"

Entidad Federativa: (1) Monto por concepto de gasto (2)

Concepto de Gasto de Aplicación (3) Nombre del Concepto de Gasto (4)

Fecha de elaboración (5)

(6) Partida Específica	(7) Número Factura Pagada	(8) Póliza Cheque	(9) Fecha Pol-Cheque	(10) Mod. Adquisición	(11) Contrato o Pedido	(12) Proveedor o Prestador de Servicios	(13) Importe	(14) Observaciones
TOTAL ACUMULADO							(15) 0.00	

LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA Y SE ENCUENTRAN PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN LA SECRETARÍA DE SALUD O SU EQUIVALENTE DE ESTA ENTIDAD FEDERATIVA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS, MISMA QUE ESTA A DISPOSICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL PARA SU REVISIÓN O EFECTOS QUE SE CONSIDEREN PROCEDENTES.

<p>Elaboró</p> <p style="text-align: center;">(16)</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">(17)</p>	<p>Autorizó</p> <p style="text-align: center;">(18)</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">Director Administrativo de los Servicios de Salud (o equivalente)</p>	<p>Vo. Bo.</p> <p style="text-align: center;">(19)</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">Secretario de Salud o Director de los Servicios de Salud de la entidad (o su equivalente)</p> <p style="text-align: right;">MES. (20)</p>
--	--	---

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL ANEXO 4
FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE GASTO**

INSTRUCTIVO

Se deberá anotar lo siguiente:

- 1 Entidad Federativa
- 2 Monto por concepto de gasto
- 3 Concepto de Gasto de Aplicación
- 4 Nombre del Concepto de Gasto
- 5 Fecha de elaboración del certificado
- 6 Partida Específica de gasto
- 7 No. de factura pagada
- 8 Póliza cheque del pago efectuado
- 9 Fecha de la póliza cheque
- 10 Siglas de la modalidad de adquisición (conforme a la LAASSP)
- 11 Especificar si es contrato o pedido
- 12 Proveedor o Prestador de Servicios
- 13 Importe neto de la factura (incluye IVA)
- 14 Observaciones Generales
- 15 Total del gasto efectuado
- 16 Nombre del Responsable de elaborar la comprobación
- 17 Cargo del Responsable de elaborar la comprobación
- 18 Nombre del Director de Administración
- 19 Nombre del Secretario de Salud
- 20 Mes en que se reporta

NOTA: ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE DEBERA EMITIRSE UN FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE GASTO POR CADA CONCEPTO DE GASTO PRESUPUESTAL, ASÍ COMO PARA EL CASO DE LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS, DE ACUERDO AL EJERCICIO DE LOS RECURSOS ASIGNADOS A LA ENTIDAD FEDERATIVA.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

ANEXO 5 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016

INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA	Consecutivo	No. de intervención según CAUSES 2016	Intervención
	1	1	Vacunación contra tuberculosis (B.C.G)
	2	2	Vacunación contra hepatitis b (HB) menores de 14 años
	3	3	Administración de vacuna pentavalente (DPT, HB, HIB)
	4	4	Vacunación contra rotavirus
	5	5	Vacunación contra neumococo conjugado (heptavalente)
	6	6	Vacunación profiláctica contra influenza (gripe estacional) menores de 14 años y grupos de riesgo
	7	7	Vacunación contra sarampión, parotiditis y rubéola (SRP)
	8	8	Vacunación contra difteria, tos ferina y tétanos (DPT)
	9	9	Vacunación contra poliomielitis (SABIN)
	10	10	Vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)
	11	11	Vacunación contra hepatitis b (HB) mayores de 14 años
	12	12	Vacunación contra sarampión y rubéola (SR)
	13	13	Vacunación contra tétanos y difteria (TD)
	14	14	Vacunación contra el neumococo para el adulto mayor
	15	15	Vacunación profiláctica contra influenza (gripe estacional) para mayores de 60 años sin patologías asociadas
	16	16	Acciones preventivas para recién nacido
	17	17	Acciones preventivas para menores de 5 años
	18	18	Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años
	19	19	Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria
	20	20	Acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años
	21	21	Acciones preventivas para mujeres de 20 a 59 años
	22	22	Acciones preventivas para hombres de 20 a 59 años
	23	23	Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años
	24	24	Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años
	25	25	Prevención y atención a violencia familiar y de género
	26	26	Acciones preventivas para adultos mayores de 60 años en adelante
27	27	Otras acciones de promoción a la salud y prevención de riesgos	
INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD	Consecutivo	No. de intervención según CAUSES 2016	Intervención
	28	28	Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropiva y por deficiencia de vitamina b12
	29	29	Diagnóstico y tratamiento por deficiencia de vitamina A
	30	30	Diagnóstico y tratamiento de escarlatina
	31	31	Diagnóstico y tratamiento de sarampión, rubéola y parotiditis
	32	32	Diagnóstico y tratamiento de varicela
	33	33	Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda
	34	34	Diagnóstico y tratamiento de tos ferina
	35	35	Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa
	36	36	Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda
	37	37	Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis
	38	38	Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica y vasomotora
	39	39	Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico (y otras fiebres producidas por flavivirus y arbovirus)
	40	40	Diagnóstico y tratamiento del síndrome diarreico agudo
	41	41	Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis
	42	42	Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea
	43	43	Diagnóstico y tratamiento del herpes zóster
	44	44	Diagnóstico y tratamiento de candidiasis oral
	45	45	Diagnóstico y tratamiento de gonorrea
	46	46	Diagnóstico y tratamiento de infecciones por chlamydia (incluye tracoma)
	47	47	Diagnóstico y tratamiento de trichomoniasis
	48	48	Diagnóstico y tratamiento de sífilis precoz y tardía

INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD	Consecutivo	No. de intervención según CAUSES 2016	Intervención
	49	49	Diagnóstico y tratamiento de cistitis
	50	50	Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda
	51	51	Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda
	52	52	Diagnóstico y tratamiento de chancro blando
	53	53	Diagnóstico y tratamiento de herpes genital
	54	54	Diagnóstico y tratamiento de amebiasis
	55	55	Diagnóstico y tratamiento de anquilostomiasis y necatoriasis
	56	56	Diagnóstico y tratamiento de ascariasis
	57	57	Diagnóstico y tratamiento de enterobiasis
	58	58	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis
	59	59	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de esquistosomiasis
	60	60	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis
	61	61	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis
	62	62	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis
	63	63	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis
	64	64	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis
	65	65	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis
	66	66	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de brucelosis
	67	67	Diagnóstico y tratamiento de escabiosis
68	68	Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis	
69	69	Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales (excepto onicomicosis)	
70	70	Diagnóstico y tratamiento de onicomicosis	
71	71	Diagnóstico y tratamiento de erisipela y celulitis	
72	72	Diagnóstico y tratamiento de procesos infecciosos de rezago (paludismo, rickettsiosis, lepra, enfermedad de chagas, leishmaniasis, oncocercosis)	
73	73	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica y de contacto	
74	74	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica	
75	75	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes	
76	76	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal	
77	77	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa	
78	78	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica	
79	79	Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares	
80	80	Diagnóstico y tratamiento del acné	
81	81	Diagnóstico y tratamiento de infección aguda por virus de la hepatitis a y b	
82	82	Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda, duodenitis y dispepsia	
83	83	Diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable	
84	84	Diagnóstico y tratamiento de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2	
85	85	Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial	
86	86	Diagnóstico y tratamiento conservador de artrosis erosiva y poliartrosis no especificada	
87	87	Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia	
88	88	Atención por algunos signos, síntomas y otros factores que influyen en el estado de salud	
89	90	Método de planificación familiar temporal con anticonceptivos hormonales	
90	91	Consejo y asesoramiento general sobre anticoncepción mediante el uso del condón	
91	92	Método de planificación familiar temporal con dispositivo intrauterino	
92	93	Atención prenatal en el embarazo	
93	96	Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria	
94	97	Diagnóstico y tratamiento del climaterio y menopausia	
95	98	Diagnóstico y tratamiento trastornos benignos de la mama	
96	99	Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial	
97	100	Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica	
98	101	Diagnóstico y tratamiento de endometriosis	

INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD	Consecutivo	No. de intervención según CAUSES 2016	Intervención
	99	102	Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral
	100	103	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de grados bajo y moderado
	101	104	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado
	102	105	Diagnóstico y tratamiento de desnutrición leve, moderada y severa
	103	106	Diagnóstico y tratamiento de desnutrición severa tipo kwashiorkor
	104	107	Diagnóstico y tratamiento de desnutrición severa tipo marasmo
	105	108	Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición
	106	109	Diagnóstico y tratamiento médico del sobrepeso y obesidad exógena
	107	110	Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis aguda
	108	111	Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa
	109	112	Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda
	110	113	Diagnóstico y tratamiento del asma y sus exacerbaciones en adultos
	111	114	Diagnóstico y tratamiento del asma y sus exacerbaciones en menores de 18 años
	112	115	Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)
	113	116	Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis farmacorresistente (TAES)
	114	117	Diagnóstico y tratamiento de psoriasis
	115	118	Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo
	116	119	Diagnóstico y tratamiento de úlcera gástrica y péptica crónica no perforada
	117	120	Diagnóstico y tratamiento de dislipidemia
118	121	Diagnóstico y tratamiento de hipertiroidismo	
119	122	Diagnóstico y tratamiento de crisis tirotóxica	
120	123	Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo	
121	124	Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 1	
122	125	Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardíaca	
123	126	Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis	
124	127	Diagnóstico y tratamiento de hiperuricemia y gota	
125	128	Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide	
126	132	Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de epilepsia y crisis convulsivas	
127	133	Diagnóstico y tratamiento médico de enfermedad de Parkinson	
128	136	Diagnóstico y tratamiento de parálisis facial	
129	137	Prevención y detección temprana de adicciones (consejería)	

INTERVENCIONES DE ODONTOLÓGIA	Consecutivo	No. de intervención según CAUSES 2016	Intervención
	130	138	Prevención de caries dental
	131	139	Aplicación de selladores de fosetas y fisuras dentales
	132	140	Restauraciones dentales con amalgama, ionómero de vidrio y resina, por caries o fractura de los dientes
	133	141	Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos agudos en la cavidad bucal
	134	142	Extracción de dientes erupcionados y restos radiculares
	135	143	Terapia pulpar
	136	144	Extracción de tercer molar

INTERVENCIONES EN URGENCIAS	Consecutivo	No. de intervención según CAUSES 2016	Intervención
	137	146	Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva
	138	147	Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética
	139	148	Diagnóstico y tratamiento del síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico
	140	149	Diagnóstico y tratamiento de angina de pecho
	141	160	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda alimentaria
	142	161	Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos
	143	162	Extracción de cuerpos extraños
	144	163	Curación y suturas de lesiones traumáticas de tejidos blandos
	145	165	Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado
	146	167	Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro
	147	168	Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo
	148	169	Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano
	149	170	Diagnóstico y tratamiento conservador de esguince de rodilla
	150	171	Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie
	151	182	Atención del parto y puerperio fisiológico
	152	188	Atención del recién nacido
	153	209	Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca aguda y del edema agudo pulmonar
154	218	Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional	

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

ANEXO 6 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

RUTAS 2016

SAN LUIS POTOSÍ, PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA, 2016

No. de unidades: 5 UMM-0, 2 UMM-1, 4 UMM-2 y 2 UMM-3.

Dirección General de Información en Salud				Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención				
CLUES	Nombre de la UMM	Tipo de UMM y año	Municipio		Clave				Nombre Localidad	Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
			Clave	Nombre		CLUES	Nombre	CLUES		Nombre			
SPSSA001114	Caravana Tipo1 San Luis	UMM-1, 2007	028	San Luis Potosí	240280394	Rinconada	1,382	MÉDICO ENFERMERA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES			SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer
SPSSA001114	Caravana Tipo1 San Luis	UMM-1, 2007	028	San Luis Potosí	240280541	Los Vargas	194					SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer
SPSSA001114	Caravana Tipo1 San Luis	UMM-1, 2007	028	San Luis Potosí	240280230	Los García	108					SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer
SPSSA001114	Caravana Tipo1 San Luis	UMM-1, 2007	028	San Luis Potosí	240280518	Palmar de Las Flores (El Pozo Seis)	103					SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer
SPSSA001114	Caravana Tipo1 San Luis	UMM-1, 2007	028	San Luis Potosí	240280352	El Huizache	78					SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer
SPSSA001114	Caravana Tipo1 San Luis	UMM-1, 2007	028	San Luis Potosí	240280489	Los Rodríguez	17					SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer
SPSSA001114	Caravana Tipo1 San Luis	UMM-1, 2007		1		6	1,882			3			
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440015	El Salto Colorado	148	MÉDICO ENFERMERA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES			SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440010	Presa de Santa Ana	102					SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440002	Cuatro Milpas	101					SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440007	Noria de Los Cedros	101					SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440020	Santa Teresa	90					SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440043	Lázaro Cárdenas	34					SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440031	Cerro La Borrega	27					SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007	044	Vanegas	240440122	La Chueca	3					SPSSA002176	Hospital General de Matehuala
SPSSA002181	Caravana Tipo 1 Salto Colorado	UMM-1, 2007		1		8	606			3			
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepozán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080036	El Tepozán	315	MÉDICO ENFERMERA DENTISTA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES			SPSSA000945	Hospital General de Rioverde
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepozán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080070	Tanque Blanco	11					SPSSA000945	Hospital General de Rioverde
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepozán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080030	San Pedro de Los Hernández	329					SPSSA000945	Hospital General de Rioverde
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepozán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080014	Loma Verde	18					SPSSA000945	Hospital General de Rioverde
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepozán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080017	Mezquites Grandes	190					SPSSA000945	Hospital General de Rioverde
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepozán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080004	Cerrito Blanco	179					SPSSA000945	Hospital General de Rioverde
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepozán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080044	Nuevo Ejido San Pedro de Los Hernández (Las Viborillas)	173					SPSSA000945	Hospital General de Rioverde

Dirección General de Información en Salud							Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
CLUES	Nombre de la UMM	Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta					Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
			Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080015	Manzanillas	132				SPSSA000945	Hospital General de Riovère	
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080045	Las Maravillas	13				SPSSA000945	Hospital General de Riovère	
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080046	San Isidro de Los Leones	2				SPSSA000945	Hospital General de Riovère	
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080034	Tanquito de Banda	91				SPSSA000945	Hospital General de Riovère	
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080021	La Peña de Salazar	69				SPSSA000945	Hospital General de Riovère	
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080013	La Labor de San Diego	21				SPSSA000945	Hospital General de Riovère	
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007	008	Cerritos	240080048	Tanque El Bendito	21				SPSSA000945	Hospital General de Riovère	
SPSSA000250	CaravanaTipo 2 Tepezán de Arriba	UMM-2, 2007		1		14	1,564	4			1	1	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	050	Villa de Reyes	240500053	Saucillo	1,731				SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	050	Villa de Reyes	240500019	Ejido Gogorrón (Ex-Hacienda de Gogorrón)	1,548				SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	028	San Luis Potosí*	240280256	Milpillas*	1,546				SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	035	Soledad de Graciano Sánchez	240350040	La Tinaja (Ex- Hacienda La Tinaja)*	553				SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	017	Guadalázar*	240170005	Los Amoles*	392				SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	006	Catorce*	240060010	La Cardoncita*	363				SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	008	Cerritos*	240080036	El Tepezán*	315				SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009	047	Villa de Guadalupe*	240470018	Magdalenas*	145				SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez	
SPSSA017453	Caravana Tipo 3 Villa Hidalgo	UMM-3, 2009		1		2	3,279	4			1	1	
SPSSA002391	Caravana Tipo 2 San Lorenzo	UMM-2, 2007	051	Villa Hidalgo	240510043	San Lorenzo	698				SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer	
SPSSA002391	Caravana Tipo 2 San Lorenzo	UMM-2, 2007	051	Villa Hidalgo	240510062	El Coyote	507				SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer	
SPSSA002391	Caravana Tipo 2 San Lorenzo	UMM-2, 2007	051	Villa Hidalgo	240510050	Silos	491				SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer	
SPSSA002391	Caravana Tipo 2 San Lorenzo	UMM-2, 2007	051	Villa Hidalgo	240510016	Jagüey	208				SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer	
SPSSA002391	Caravana Tipo 2 San Lorenzo	UMM-2, 2007	051	Villa Hidalgo	240510008	El Coro	15				SPSSA017301	Hospital del Niño y La Mujer	
SPSSA002391	Caravana Tipo 2 San Lorenzo	UMM-2, 2007		1		5	1,919	4			1	1	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130084	Gustavo Garmendia (La Unión)	434				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130403	El Ocotito	5				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130557	Los Plátanos (La Estancia)	3				SPSSA000356	Hospital General de Valles	

Dirección General de Información en Salud							Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
CLUES	Nombre de la UMM	Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta					Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
			Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130318	La Escondida	237				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130912	Pepe Lárraga (La Unión)	1				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130989	Los Platanitos	10				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130810	El Pedregal de San Miguel	3				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130840	Colonia Citalmina	450				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130659	Las Cuatro Milpas (Rancho del Tío Pedro)	5				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130711	Montecillos (La Curva)	312				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130835	El Chubasco	7				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130524	Tampaspaque (Cruz de Aquiche)	8				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130545	Rancho Alanis	4				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130836	La Cima	2				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240131053	Rancho Los Martell	1				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130119	Montecillos	75				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130757	Rancho El Potrillo	6				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240131064	Colonia Mano Amiga	32				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130961	El Pachamal (Tobias Clemente)	3				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240131028	El Aguaje	12				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130479	Fraccionamiento Las Granjas	252				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130474	Las Fincas	356				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130105	León García	237				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130834	El Chorro (Gregorio González)	2				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130872	Granja María Alejandra	5				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130478	Fraccionamiento Lomas del Real	207				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130712	Los Jobitos	107				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130842	Colonia Victoria	97				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130998	Colonia Eligio Quintanilla	120				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007	013	Ciudad Valles	240130227	Tanzacalte	89				SPSSA000356	Hospital General de Valles	
SPSSA000455	Caravana Tipo 2 Gustavo Garmendia	UMM-2, 2007		1		30	3,082	4			1	1	

Dirección General de Información en Salud							Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
CLUES	Nombre de la UMM	Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta					Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
			Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160023	Reforma El Alto	891	MÉDICO ENFERMERA DENTISTA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES			SPSSA000356	Hospital General de Valles
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160011	Estación Velazco	594			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160062	Ejido Ampliación Velazco	355			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160064	Rancho El Alazán	7			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160208	Rancho San Francisco	3			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160128	La Joya	1			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160129	Las Cuarenta	1			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160138	Rancho La Miniatura	3			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160139	Cruceiro El Limón	5			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160067	El Vergel	9			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160154	Ejido Ampliación Tampacoy	17			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160066	La Simiente	3			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160036	Vichinchijol Nuevo	345			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160002	Ajinche Marland	175			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160221	El Tronconal	156			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160084	Antigua Reforma	216			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160003	Estación Auza	134			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160179	Alfredo Gómez (Los Potosinos)	14			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160092	Rancho San Miguel	6			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160089	Rancho El Auza (EL ALTO)	2			SPSSA000356	Hospital General de Valles		
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160071	Rancho La Esperanza	4	SPSSA000356	Hospital General de Valles				
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160082	Rancho Juan José	2	SPSSA000356	Hospital General de Valles				
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160094	Santa Lucía	2	SPSSA000356	Hospital General de Valles				
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160264	El Cube (Ejido Auza)	4	SPSSA000356	Hospital General de Valles				
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007	016	Ébano	240160248	Ejido Auza (Carlos San Martín)	1	SPSSA000356	Hospital General de Valles				
SPSSA002876	Caravana Tipo 2 Estación Velazco	UMM-2, 2007		1		25	2,950	4				1	1
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	012	Tancanhuitz*	240120004	Las Armas*	1,042	MÉDICO ENFERMERA DENTISTA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	036	Tamasopo*	240360023	El Chino*	754			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	003	Aquismón*	240030004	Alitzé*	750			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		

Dirección General de Información en Salud							Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
CLUES	Nombre de la UMM	Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta					Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
			Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	053	Axtla de Terrazas*	240530025	Chimalaco*	714			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	041	Tanlajás*	240410034	Santa Rosa*	708			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	054	Xilitla*	240540062	El Sabino*	656			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	053	Axtla de Terrazas*	240530002	Ahuacatitla*	631			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	018	Huehuetlán*	240180018	La Escalera*	602			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	041	Tanlajás*	240160011	Estación Velazco*	594			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	034	San Vicente Tancuayalab*	240340034	El Sasub*	530			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	038	Tampacán*	240380050	Totomoxtla (La Ceiba)*	509			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	003	Aquismón*	240130084	Gustavo Garmendia (La Unión)*	434			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	003	Aquismón*	240030081	Santa Rita*	350			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	054	Xilitla*	240540049	Plan de Juárez*	258			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	003	Aquismón*	240030088	La Reforma*	246			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	041	Tanlajás*	240410115	Ejido Niños Héroes*	236			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	012	Tancanhuitz*	240120006	El Crucero (Cruceño)*	237			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	026	San Antonio*	240260061	El Ictzen*	60			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	037	Tamazunchale*	240370001	Tamazunchale*	24,562			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	057	Matlapa*	240570001	Matlapa*	3,792			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	041	Tanlajás*	240410030	Ejido San José Xilatzén*	1,279			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	012	Tancanhuitz*	240120004	Las Armas*	1,042			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	003	Aquismón*	240030005	La Caldera*	893			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	003	Aquismón*	240030033	Santa Bárbara*	700			SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		

Dirección General de Información en Salud							Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención					
CLUES	Nombre de la UMM	Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta					Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)			
			Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	018	Huehuetlán*	240180018	La Escalera*	602					SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009	016	Ébano*	240160036	Vichinchijol Nuevo*	345					SPSSA017313	Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		
SPSSA017506	Caravana Tipo 3 Valles	UMM-3, 2009		14		18	9,311	4				1	1		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030005	La Caldera	893	MÉDICO ENFERMERA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES	SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030025	El Sabinal	25			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030012	Linjá	463			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030248	Barrio San Miguel	361			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030027	San José El Viejo	184			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030310	Barrio El Progreso	182			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030019	El Otate	166			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030086	Manja	127			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030083	La Laja	115			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030258	Cueva del Tiwi (Cueva de La Gavilucha)	10			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013	003	Aquismón	240030225	Agua Nueva	24			SPSSA000105	Tampemoche	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003740	Unidad Médica Móvil La Caldera	UMM-0, 2013		1		11	2,550			3		1	1	1	1
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013	037	Tamazunchale	240370041	Guaxcuaco	512			MÉDICO ENFERMERA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES	SPSSA001715	Tamazunchale	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013	037	Tamazunchale	240370018	Cacateo	469	SPSSA001715	Tamazunchale			SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013	037	Tamazunchale	240370239	Pahuayo	436	SPSSA001715	Tamazunchale			SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013	037	Tamazunchale	240370240	Pezmayo Santiago	125	SPSSA001715	Tamazunchale			SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013	037	Tamazunchale	240370381	La Peñita Santiago	83	SPSSA001715	Tamazunchale			SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013	037	Tamazunchale	240370364	Tequilillo	10	SPSSA001715	Tamazunchale			SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013	037	Tamazunchale	240370374	Cerro Grande Santiago	79	SPSSA001715	Tamazunchale			SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003773	Unidad Médica Móvil Guaxcuaco	UMM-0, 2013		1		7	1,714	3				1	1	1	1
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370052	Mecachiquico	487	MÉDICO ENFERMERA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES	SPSSA002806	Cuaxocotitla	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370094	Texojol	456			SPSSA002806	Cuaxocotitla	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370022	Cuatzontitla	256			SPSSA002806	Cuaxocotitla	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370169	Mecapala	213			SPSSA002806	Cuaxocotitla	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles		

Dirección General de Información en Salud				Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención				
CLUES	Nombre de la UMM	Tipo de UMM y año	Municipio		Clave				Nombre Localidad	Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
			Clave	Nombre						CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370327	Río Claro (Las Adjuntas)	60			SPSSA002806	Cuaxocotitla	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370231	Río Claro (Mauro Martínez)	100			SPSSA002806	Cuaxocotitla	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370232	Río Claro (Don Romualdo)	60			SPSSA002806	Cuaxocotitla	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003875	Caravana Tipo 0 Texojol	UMM 0, 2013		1		7	1,632	3		1	1	1	1
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570006	Atlamaxátl	885	MÉDICO ENFERMERA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES	SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570007	Barrio de Arriba	651			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570034	Barrio San José (Tlajumpal)	393			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570042	Barrio San Juan (Tlajumpal)	330			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570041	Barrio San Isidro (Tlajumpal)	267			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	037	Tamazunchale	240370210	Xinictle	240			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	057	Matlapa	24057n/d	Zacarincon	198			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570052	Pilvega Atlamaxátl	34			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003800	Caravana Tipo 0 Tlajumpa	UMM 0, 2013		2		8	2,998			3		1	1
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570075	Tlaxco	479	MÉDICO ENFERMERA PROMOTOR	8 HORAS DE LUNES A VIERNES	SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570026	Tamala	472			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570050	Nuevo Tepetzintla	554			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570067	Pahuayo Primero	520			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570068	La Peñita (La Peña)	453			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570025	San José Barrio Arriba	185			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570069	Pilaxtla	121			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013	057	Matlapa	240570066	Iglesia Vieja	109			SPSSA002671	CAMI Matlapa	SPSSA000356	Hospital General de Cd. Valles
SPSSA003842	Caravana Tipo 0 Tlaxco	UMM 0, 2013		1		8	2,893			3		1	1
13	13	13		10		131	27,069	45		4	4	5	5

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

Entidad Federativa (Escribir Nombre)

Trimestre (Escribir Nombre)

Año (Escribir Nombre)

Registrar información conforme al Sistema de Información en Salud (SIS 2016)

1. Control Nutricional	Programado Anual	Realizado			
		1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
No. de niños< de 5 años en control nutricional					
No. de niños con Sobrepeso y Obesidad					
No. de niños con Desnutrición leve.					
No. de niños con Desnutrición moderada.					
No. de niños con Desnutrición severa					
No. de niños recuperados de Desnutrición.					

2. Control de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA's)	Programado Anual	Realizado			
		1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
No. de casos de EDA's en menores de 5 años					
No. de casos de EDA's en menores de 5 años con Plan A					
No. de casos de EDA's en menores de 5 años con Plan B					
No. de Madres con niños (as) menores de 5 años capacitadas en "Signos de Alarma de EDA's"					

3. Control de Enfermedades Infecciones Respiratoria Agudas (IRA's)	Programado Anual	Realizado			
		1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
No. de casos de IRAS's en menores de 5 años					
No. de casos de IRAS's en menores de 5 años con tratamiento sintomático					
No. de casos de IRAS's en menores de 5 años con tratamiento antibiótico					
No. de Madres con niños (as) menores de 5 años capacitadas en "Signos de Alarma de IRA's"					

4. Control de Diabetes Mellitus	Programado	Realizado
---------------------------------	------------	-----------

No. Total de pacientes con Diabetes Mellitus en tratamiento
No. Total de pacientes con Diabetes Mellitus controlados (metabólicamente)
No. Total de pacientes con Diabetes Mellitus nuevos
No. Total de detecciones de Diabetes Mellitus

5. Control de Hipertensión Arterial

No. Total de pacientes con Hipertensión Arterial en tratamiento
No. Total de pacientes con Hipertensión Arterial controlados (metabólicamente)
No. Total de pacientes con Hipertensión Arterial nuevos
No. Total de detecciones de Hipertensión Arterial

6. Obesidad

No. Total de pacientes con Obesidad en tratamiento
No. Total de pacientes con Obesidad controlados
No. Total de pacientes con Obesidad nuevos
No. Total de detecciones de Obesidad

7. Control de Dislipidemias

No. Total de pacientes con Dislipidemia en tratamiento
No. Total de pacientes con Dislipidemia controlados
No. Total de pacientes con Dislipidemia nuevos
No. Total de detecciones de Dislipidemia

8. Control de Cáncer Cervicouterino

Anual	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
-------	----------------	---------------	----------------	---------------

Programado Anual	Realizado			
	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

Programado Anual	Realizado			
	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

Programado Anual	Realizado			
	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

Programado	Realizado			
------------	-----------	--	--	--

No. Total de Citologías Vaginales
No. Total de casos de Displasia (Leve, Moderada o Severa)
No. Total de casos de Cáncer Cérvico Uterino

Anual	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

9. Control de Cáncer de Mama	
No. Total de casos de detecciones para Cáncer de Mama (exploración)	
No. Total de casos de Cáncer de Mama	

Programado Anual	Realizado			
	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

10. Control de Atención Prenatal	
No. de Ingresos a Control Prenatal	
No. de Ingresos Embarazo de Alto Riesgo	
No. Total de pacientes con Embarazo de Alto Riesgo Referidas a Segundo Nivel	

Programado Anual	Realizado			
	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

11. Control de Planificación Familiar	
No. de Ingresos a Planificación Familiar	
No. de Puérperas aceptantes de Planificación Familiar	

Programado Anual	Realizado			
	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

12. Atención Odontológica	
No. de Escuelas libres de caries trabajadas	

Programado Anual	Realizado			
	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre

13. Análisis cualitativo de cada Indicador con sus respectivos avances en el periodo que se reporta:

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

**ANEXO 8 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN
EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES
PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA
GASTOS ADMINISTRATIVOS POR PARTIDA PRESUPUESTARIA**

PARTIDA DE GASTO		ASIGNACIONES DESTINADAS A CUBRIR LOS GASTOS POR CONCEPTO DE:
12101	HONORARIOS	Asignaciones destinadas a cubrir el pago por la prestación de servicios contratados con personas físicas, como profesionistas, técnicos, expertos y peritos, entre otros, por estudios, obras o trabajos determinados que correspondan a su especialidad. PERSONAL GERENCIAL Y OPERATIVOS.
34501	SEGUROS DE BIENES PATRIMONIALES	Asignaciones destinadas a cubrir las primas por concepto de seguros contra robos, incendios, y demás riesgos o contingencias a que pueden estar sujetos los materiales, bienes muebles e inmuebles y todo tipo de valores registrados en los activos. Excluye el pago de deducibles previstos en el concepto 3500 Servicios de instalación, reparación, mantenimiento y conservación, así como los seguros de vida del personal civil y militar o de gastos médicos, previstos en el capítulo 1000 Servicios Personales.
37201*	PASAJES TERRESTRES NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISIÓN	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte terrestre en comisiones oficiales temporales dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, derivado de la realización de labores en campo o de supervisión e inspección en lugares distintos a los de su adscripción, en cumplimiento de la función pública. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades de los servidores públicos. Incluye los gastos para pasajes del personal operativo que realiza funciones de reparto y entrega de mensajería, y excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.
37203*	PASAJES TERRESTRES NACIONALES ASOCIADOS A DESASTRES NATURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte terrestre dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en caso de desastres naturales. Excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.
37204*	PASAJES TERRESTRES NACIONALES PARA SERVIDORES PÚBLICOS DE MANDO EN EL DESEMPEÑO DE COMISIONES Y FUNCIONES OFICIALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte terrestre en comisiones oficiales temporales dentro del país en lugares distintos a los de su adscripción de servidores públicos de mando de las dependencias y entidades, en cumplimiento de la función pública, cuando las comisiones no correspondan con las previstas en las partidas 37201 Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión, 37202 Pasajes terrestres nacionales asociados a los programas de seguridad pública y nacional y 37203 Pasajes terrestres nacionales asociados a desastres naturales, de este Clasificador. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades y el pago de pasajes para familiares en los casos previstos por las disposiciones generales aplicables. Excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento

37501*	VIÁTICOS NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISIÓN	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación y hospedaje de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, derivado de la realización de labores de campo o supervisión e inspección, en lugares distintos a los de su adscripción. Esta partida incluye los gastos de camino aplicándose las cuotas diferenciales que señalen tabuladores respectivos. Excluye los gastos contemplados en las partidas 37101 y 37201.
37503*	VIÁTICOS NACIONALES ASOCIADOS A DESASTRES NATURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación y hospedaje de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en caso de desastres naturales, en lugares distintos a los de su adscripción. Esta partida incluye los gastos de camino aplicándose las cuotas diferenciales que señalen tabuladores respectivos. Excluye los gastos contemplados en las partidas 37103 y 37203.
37504*	VIÁTICOS NACIONALES PARA SERVIDORES PÚBLICOS EN EL DESEMPEÑO DE FUNCIONES OFICIALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación y hospedaje de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en lugares distintos a los de su adscripción, cuando las comisiones no correspondan con las previstas en las partidas 37501, 37502, 37503, 37104 y 37204. Esta partida incluye los gastos de camino aplicándose las cuotas diferenciales que señalen tabuladores respectivos.
37901*	GASTOS PARA OPERATIVOS Y TRABAJOS DE CAMPO EN ÁREAS RURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos que realizan las dependencias y entidades, por la estadia de servidores públicos que se origina con motivo del levantamiento de censos, encuestas, y en general trabajos en campo para el desempeño de funciones oficiales, cuando se desarrollen en localidades que no cuenten con establecimientos que brinden servicios de hospedaje y alimentación, y no sea posible cumplir con los requisitos de otorgamiento de viáticos y pasajes previstos en las partidas del concepto 3700.
37101*	PASAJES AÉREOS NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISIÓN	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte aéreo en comisiones oficiales temporales dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, derivado de la realización de labores en campo o de supervisión e inspección en lugares distintos a los de su adscripción, en cumplimiento de la función pública. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades de los servidores públicos. Excluye los arrendamientos de vehículos aéreos, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.
37103*	PASAJES AÉREOS NACIONALES ASOCIADOS A DESASTRES NATURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte aéreo dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en caso de desastres naturales. Excluye los arrendamientos de vehículos aéreos comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.

37104*	PASAJES AÉREOS NACIONALES PARA SERVIDORES PÚBLICOS DE MANDO EN EL DESEMPEÑO DE COMISIONES Y FUNCIONES OFICIALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte aéreo en comisiones oficiales temporales dentro del país en lugares distintos a los de su adscripción de servidores públicos de mando de las dependencias y entidades, en cumplimiento de la función pública, cuando las comisiones no correspondan con las previstas en las partidas 37101 Pasajes aéreos nacionales para labores en campo y de supervisión, 37102 Pasajes aéreos nacionales asociados a los programas de seguridad pública y nacional y 37103 Pasajes aéreos nacionales asociados a desastres naturales, de este Clasificador. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades y el pago de pasajes para familiares en los casos previstos por las disposiciones generales aplicables. Excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.
39202	OTROS IMPUESTOS Y DERECHOS	Asignaciones destinadas a cubrir otra clase de impuestos y derechos tales como gastos de escrituración, legislación de exhortos notariales, de registro público de la propiedad, tenencias y canje de placas de vehículos oficiales, diligencias judiciales, derechos y gastos de navegación de aterrizaje y despegue de aeronaves, de verificación, certificación y demás impuestos y derechos conforme a las disposiciones aplicables. Excluye el impuesto sobre la renta que las dependencias retienen y registran contra las partidas correspondientes del Capítulo 1000 "Servicios Personales". EXCLUSIVO PARA PAGO DE PEAJE
<p>*PARTIDAS DEL CONCEPTO 3700 SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS ASIGNADAS PARA COORDINADOR Y SUPERVISORES.</p> <p>EN EL CASO DEL PERSONAL OPERATIVO, CUANDO ESTE SEA CONVOCADO POR "LA SECRETARÍA" (DGPLADES), SE AUTORIZA LA APLICACIÓN DE RECURSOS DE ESTE CONVENIO PARA CUBRIR SUS GASTOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS.</p>		

PARTIDAS A EJERCER EN CASO DE QUE SE GENEREN RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y/O ECONOMÍAS PRESUPUESTARIAS DERIVADAS DE LOS RECURSOS FEDERALES		
25301	MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	Asignaciones destinadas a la adquisición de medicinas y productos farmacéuticos de aplicación humana o animal, tales como: vacunas, drogas, medicinas de patente, medicamentos, sueros, plasma, oxígeno, entre otros.
26102	COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS PARA VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS, MARÍTIMOS, LACUSTRES Y FLUVIALES DESTINADOS A SERVICIOS PÚBLICOS Y LA PERACIÓN DE PROGRAMAS PÚBLICOS	Asignaciones destinadas a la adquisición de gasolina para vehículos (unidades médicas móviles).

29501	REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO	Asignaciones destinadas a la adquisición de refacciones y accesorios para todo tipo de aparatos e instrumentos médicos y de laboratorio (electrocardiógrafos, ultrasonido, piezas de mano de alta y baja velocidad dentales, esterilizadores (autoclave), equipo de rayos x dental, baumanómetro, fonodetectores de latidos fetales, estuche de diagnóstico) de las unidades médicas móviles federales.
29601	REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES DE EQUIPO DE TRANSPORTE	Asignaciones destinadas a la adquisición de autopartes de equipo de transporte tales como: llantas, suspensiones, sistemas de frenos, partes eléctricas, alternadores, distribuidores, partes de suspensión y dirección, marchas, embragues, retrovisores, tapetes, limpiadores, volantes, gatos hidráulicos o mecánicos de las unidades médicas móviles federales.
31601	SERVICIO DE RADIOLOCALIZACIÓN	Asignaciones destinadas al pago de servicios de radiolocalización (GPS), requerido en el desempeño de funciones oficiales de las unidades médicas móviles federales.
33401	SERVICIOS PARA CAPACITACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS	Asignaciones destinadas a cubrir el costo de los servicios profesionales que se contraten con personas físicas y morales por concepto de preparación e impartición de cursos de capacitación y/o actualización de los servidores públicos, en territorio nacional, en cumplimiento de los programas anuales de capacitación que establezcan en el Programa conforme al numeral 6.10 de la Reglas de Operación 2016.
35401	INSTALACIÓN, REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO.	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por servicios de instalación, reparación y mantenimiento de equipo e instrumental médico y de laboratorio (electrocardiógrafos, ultrasonido, piezas de mano de alta y baja velocidad dentales, esterilizadores (autoclave), equipo de rayos x dental, baumanómetro, fonodetectores de latidos fetales, estuche de diagnóstico) de las unidades médicas móviles federales.
35501	MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS, MARÍTIMOS, LACUSTRES Y FLUVIALES.	Asignaciones destinadas a cubrir el costo de los servicios de mantenimiento y conservación de unidades médicas móviles federales y su planta de luz o de emergencia.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

ANEXO 9 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA
PERSONAL EN EL ESTADO DE: SAN LUIS POTOSÍ

NIVEL ESTATAL

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PARTE PROPORCIONAL DE AGUINALDO	SUBTOTAL	PERIODO DE CONTRATACIÓN	TOTAL DE PERCEPCIONES
CFMA0001	COORDINADOR (DIR. ÁREA "A")	1	\$ 47,973.69	\$ 5,330.41	\$ 53,304.10	Ene-Dic	\$ 639,649.20
CF500000	SUPERVISOR (JEFE DE DEPTO. RAMA MÉDICA "A")	1	\$ 33,531.45	\$ 3,725.72	\$ 37,257.17	Ene-Dic	\$ 447,086.04
CF500000	SUPERVISOR (JEFE DE DEPTO. RAMA MÉDICA "A")	1	\$ 33,531.45	\$ 3,725.72	\$ 37,257.17	Ene-Ago y 16 Oct-Dic	\$ 409,828.87
CF500000	SUPERVISOR (JEFE DE DEPTO. RAMA MÉDICA "A")	1	\$ 33,531.45	\$ 3,725.72	\$ 37,257.17	Ene y 16 Mzo-Dic	\$ 391,200.29
CF500000	SUPERVISOR (JEFE DE DEPTO. RAMA MÉDICA "A")	1	\$ 33,531.45	\$ 3,725.72	\$ 37,257.17	Ene-Mzo y 16 Oct-Dic	\$ 223,543.02
							\$ 2,111,307.42

UNIDAD MÓVIL TIPO 0

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PARTE PROPORCIONAL DE AGUINALDO	SUBTOTAL	PERIODO DE CONTRATACIÓN	TOTAL DE PERCEPCIONES
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	3	\$ 15,475.99	\$ 1,719.55	\$ 17,195.54	Ene-Dic	\$ 619,039.44
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	1	\$ 15,475.99	\$ 1,719.55	\$ 17,195.54	Ene-Jul y 16 Ago-Dic	\$ 197,748.71
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	1	\$ 15,475.99	\$ 1,719.55	\$ 17,195.54	1 al 15 Ene y May-Dic	\$ 146,162.09
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	5	\$ 12,918.11	\$ 1,435.35	\$ 14,353.46	Ene-Dic	\$ 861,207.60
							\$ 1,824,157.84

UNIDAD MÓVIL TIPO 1

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PARTE PROPORCIONAL DE AGUINALDO	SUBTOTAL	PERIODO DE CONTRATACIÓN	TOTAL DE PERCEPCIONES
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	2	\$ 15,475.99	\$ 1,719.55	\$ 17,195.54	Ene-Dic	\$ 412,692.96
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	2	\$ 12,918.11	\$ 1,435.35	\$ 14,353.46	Ene-Dic	\$ 344,483.04
							\$ 757,176.00

UNIDAD MÓVIL TIPO 2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PARTE PROPORCIONAL DE AGUINALDO	SUBTOTAL	PERIODO DE CONTRATACIÓN	TOTAL DE PERCEPCIONES
M01007	CIRUJANO DENTISTA "A"	4	\$ 23,854.32	\$ 2,650.48	\$ 26,504.80	Ene-Dic	\$ 1,272,230.40
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	4	\$ 15,475.99	\$ 1,719.55	\$ 17,195.54	Ene-Dic	\$ 825,385.92
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	4	\$ 12,918.11	\$ 1,435.35	\$ 14,353.46	Ene-Dic	\$ 688,966.08
							\$ 2,786,582.40

UNIDAD MÓVIL TIPO 3

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PARTE PROPORCIONAL DE AGUINALDO	SUBTOTAL	PERIODO DE CONTRATACIÓN	TOTAL DE PERCEPCIONES
M01007	CIRUJANO DENTISTA "A"	2	\$ 23,854.32	\$ 2,650.48	\$ 26,504.80	Ene-Dic	\$ 636,115.20
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	2	\$ 15,475.99	\$ 1,719.55	\$ 17,195.54	Ene-Dic	\$ 412,692.96
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	2	\$ 12,918.11	\$ 1,435.35	\$ 14,353.46	Ene-Dic	\$ 344,483.04
							\$ 1,393,291.20

TOTAL

\$ 8,872,514.86

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Especifico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

**ANEXO 10 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE
RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL
PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA
REPORTE DE RENDIMIENTOS FINANCIEROS 2016**

ENTIDAD FEDERATIVA:

NÚM. DE CUENTA BANCARIA PRODUCTIVA:

TRIMESTRE:

NÚM. DE CUENTA BANCARIA DE INVERSION:

MES:	SERVICIOS DE SALUD		SECRETARÍA DE FINANZAS	TOTAL
	RENDIMIENTOS GENERADOS NETOS			
	CUENTA PRODUCTIVA	CUENTA DE INVERSIÓN	CUENTA PRODUCTIVA	
ENERO				
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO				
JUNIO				
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				
MONTO TRIMESTRAL				
MONTO TOTAL ACUMULABLE	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

*ENVIAR LOS 15 PRIMEROS DÍAS, AL TÉRMINO DEL TRIMESTRE.

COORDINADOR ESTATAL_____
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE
LOS SERVICIOS DE SALUD O SU
EQUIVALENTE_____
SECRETARIO DE SALUD O
DIRECTOR DE LOS SERVICIOS DE
SALUD (O SU EQUIVALENTE)

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

**ANEXO 11 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE
TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL
PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

CIERRE PRESUPUESTARIO EJERCICIO 2016

Capítulo de gasto	Presupuesto autorizado	Presupuesto modificado	Presupuesto ejercido	Reintegro TESOFE (1)	No. Cuenta	Rendimientos generados	Rendimientos ejercidos	Rendimientos reintegrados a TESOFE (2)
1000					No. Cuenta Secretaría de Finanzas			
3000					No. Cuenta Servicios de Salud			
Total					Total			

DIRECTOR ADMINISTRATIVO
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
(O SU EQUIVALENTE)

SECRETARIO DE SALUD O DIRECTOR DE
LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD
(O SU EQUIVALENTE)

NOTAS:

(1) Deberá especificar el número de línea de captura TESOFE de reintegro presupuestal, y anexar copia del recibo de pago correspondiente al monto reintegrado.

(2) Deberá especificar el número de línea de captura TESOFE de reintegro de rendimientos financieros, y anexar copia del recibo de pago correspondiente al monto reintegrado.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

**ANEXO 12 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE
TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA LA OPERACIÓN DEL
PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

PROGRAMA DE VISITAS DE SUPERVISIÓN A REALIZAR EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

FECHA PROBABLE DE VISITA:
DEL MES DE: OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2016

Durante la realización de las visitas especificadas en el párrafo anterior, conforme a lo dispuesto en el inciso b) de los Parámetros y en la Cláusula Séptima fracción IV del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, se verificará que los recursos presupuestarios transferidos sean destinados únicamente para la realización del objeto establecido en la Cláusula Primera del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, anteriormente señalado. Por lo que con tal finalidad, las autoridades de "LA ENTIDAD" se comprometen a proporcionar toda la documentación necesaria y permitir el acceso a los archivos correspondientes al Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la cantidad de \$8,920,644.86 (Ocho millones novecientos veinte mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 86/100 M.N.), que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y por la otra parte el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, por conducto de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, y la Secretaría de Finanzas.

Firmas de los anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 del Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.- Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **José Meljem Moctezuma**.- Rúbrica.- El Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, **Malaquías López Cervantes**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Finanzas, **José Luis Ugalde Montes**.- Rúbrica.- La Directora General de Servicios de Salud de San Luis Potosí, **Mónica Liliana Rangel Martínez**.- Rúbrica.