

**Instructivo de llenado de la   
Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis /Cisticercosis**

**(SINBA-SIS-37-P)**

**VERSIÓN 2025**



**Dirección General de Información en Salud**

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

# PREFACIO

## Información de contacto

Para mayor información sobre el documento que se muestra Homero #213 Piso 11, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto “Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis (SINBA-SIS-37-P) Versión 2025”.

Tabla de contenido

[1 PREFACIO 1](#_Toc184315419)

[1.1 Información de contacto 1](#_Toc184315420)

[2 PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO 4](#_Toc184315421)

[2.1 Introducción y Marco normativo 4](#_Toc184315422)

[2.2 Audiencia 5](#_Toc184315423)

[2.3 Alcance 5](#_Toc184315424)

[2.4 Justificación 5](#_Toc184315425)

[2.5 Términos y Definiciones 7](#_Toc184315426)

[3 Referencias 8](#_Toc184315427)

[3.1 Ligas Web 8](#_Toc184315428)

[3.2 Bibliografía 8](#_Toc184315429)

[3.3 Archivos anexos 8](#_Toc184315430)

[4 TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TENIASIS/CISTICERCOSIS (SINBA-SIS-37-P) 9](#_Toc184315431)

[4.1 Formato 9](#_Toc184315432)

[5 Descripción DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TENIASIS/CISTICERCOSIS 10](#_Toc184315433)

[5.1 Datos de identificación de la unidad 10](#_Toc184315434)

[5.2 Datos generales del paciente sospechoso de Teniasis/Cisticercosis 10](#_Toc184315435)

[5.3 Identificación de casos de Teniasis 11](#_Toc184315436)

[5.4 Fuente de Infección 11](#_Toc184315437)

[5.5 Identificación de casos de Cisticercosis 11](#_Toc184315438)

[5.6 Tratamiento ministrado a pacientes por la unidad de salud 12](#_Toc184315439)

[5.7 Seguimiento y Control 12](#_Toc184315440)

[5.8 Contactos de las y los pacientes confirmados por la red nacional de laboratorios de salud pública 12](#_Toc184315441)

[6 Instrucciones de llenado DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TENIASIS /CISTICERCOSIS (SINBA-SIS-37-P) 13](#_Toc184315442)

[6.1 Instrucciones Generales 13](#_Toc184315443)

[6.2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD 13](#_Toc184315444)

[6.3 I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOSPECHOSO DE TENIASIS/CISTICERCOSIS 14](#_Toc184315445)

[6.4 II. IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE TENIASIS 15](#_Toc184315446)

[6.5 III. FUENTE DE INFECCIÓN 16](#_Toc184315447)

[6.6 IV. IDENTIFICACIÓN DE CASO DE CISTICERCOSIS 16](#_Toc184315448)

[6.7 V. TRATAMIENTO MINISTRADO A PACIENTES POR LA UNIDAD DE SALUD 17](#_Toc184315449)

[6.8 VI. SEGUIMIENTO Y CONTROL 17](#_Toc184315450)

[6.9 VII. CONTACTOS DE LAS Y LOS PACIENTES CONFIRMADOS POR LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA 17](#_Toc184315451)

# PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

## Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

Y en donde se establece que las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido en la presente norma y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entregar en tiempo y forma la información estadística y documentación base en los formatos y/o procedimientos establecidos por la DGIS y por los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

Contando con la validación y en su caso concentración para los componentes del SINAIS que así lo requieran por parte de los Servicios Estatales de Salud para su envío a la DGIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de las y los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como definir los mecanismos para que las personas Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), garantizando la confidencialidad de la identidad de las y los pacientes así como la integridad y confiabilidad de la información clínica, por lo que las y los prestadores de salud que utilicen SIRES deben tomar las medidas de seguridad (acciones, actividades, controles o mecanismos administrativos, técnicos y físicos) necesarias que garanticen la protección y confidencialidad de los datos personales y datos personales sensibles de las y los pacientes a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo señalado en el primer capítulo de Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

## Audiencia

Este documento está dirigido al personal Prestador de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en alguna etapa del proceso de registro, captura y utilización de los datos estadísticos procedentes del SIS, específicamente el personal responsable de realizar y verificar el adecuado llenado de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis.

## Alcance

Disponer de información sobre la forma en que se presentan y atienden los distintos episodios de atención en el área de consulta externa en los establecimientos de salud, consolidándola para la toma de decisiones en las distintas áreas dentro y fuera de la institución, desde la cobertura geográfica de cada unidad médica hasta el nivel nacional o internacional.

Este instructivo está dirigido al personal de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en la etapa del proceso de registro de la información obtenida a través de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis.

## Justificación

El presente Instructivo es resultado del proceso de reingeniería del Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) que llevó a cabo la Dirección General de Información en Salud, atendiendo la necesidad de contar con un conjunto de elementos que faciliten la generación de información en salud, oportuna, íntegra, válida, veraz, consistente y con amplia cobertura, que influya en la toma de decisiones de operación, evaluación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, obedeciendo a las diferentes necesidades y requerimientos de los Programas de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como de las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Instituto de Salud para el Bienestar, así como otros organismos descentralizados y/o desconcentrados.

En cumplimiento a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, donde refiere que el contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas, fines que se encuentran establecidos.

Considerando que el proceso de registro de actividades en la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis no difiere entre las unidades, y que todas y todos los prestadores de servicio que están en contacto con el Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios mejor conocido como SIS tienen la responsabilidad de que el registro de la información sea de carácter obligatorio, oportuno, completo, íntegro y veraz, considerando que la actividad de registro del dato es de suma importancia para el Sistema Nacional de Información en Salud.

Los datos estadísticos serán utilizados dentro y fuera de las unidades médicas por las y los usuarios directos e indirectos, así como personal responsable de la toma de decisiones; por ello, los datos registrados deben cumplir con la calidad requerida.

El principal objetivo del presente es mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de información de las atenciones que se otorgan en la consulta externa con el fin de mejorar la calidad de la información registrada en la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis.

Asimismo, constituye una guía de aprendizaje para el personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS, ya que resuelve las dudas que surjan durante la jornada laboral.

La Dirección General de Información en Salud a través del equipo que conforman la Subdirección de Información Institucional, instruyen la implementación del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) versión 2024, exhortando a las y los Responsables de los Programas de Salud y a las Áreas de Estadística Estatales y Jurisdicciones Sanitarias difundan y promuevan el presente material y sus instructivos al interior de las unidades médicas y establecimientos de salud.

## Términos y Definiciones

Para los fines de este instructivo y el registro de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis (SINBA-SIS-37-P), se entenderán las siguientes definiciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÉRMINO** | **ACRÓNIMO** | **DEFINICIÓN** |
| **Cisticercosis** |  | Infección parasitaria caracterizada por la presencia de metacéstodos (cisticercos) de Tenia solium en el organismo y es originada por el consumo de huevos del mismo parásito. |
| **Clave Única de Establecimientos en**  **Salud** | ***CLUES*** | Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS. |
| **Clave Única de Registro de Población** | ***CURP*** | Registro de forma individual de todas las personas que residen en México, nacionales y extranjeras, así como a las mexicanas y mexicanos que radican en otros países. |
| **Proglótido de la Tenia solium** |  | Segmento del estróbilo, puede ser inmaduro, maduro cuando contiene los órganos sexuales y grávido que contiene un útero con 9 a 12 ramas laterales llenas de huevos. |
| **Proglótido de la Tenia saginata** |  | Segmento del estróbilo que puede ser: inmaduro; maduro, cuando contiene los órganos sexuales; y grávido, si presenta más de 13 ramificaciones uterinas llenas de huevos. |
| **SINAIS** | ***SINAIS*** | Sistema Nacional de Información en Salud |
| **SINBA** | ***SINBA*** | Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. |
| **SIS** | ***SIS*** | Subsistema de Prestación de Servicios del Sistema de Información en Salud. |
| **RNLSP** | ***RNLSP*** | Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. |
| **Teniasis** |  | Enfermedad provocada por la fase adulta de la Tenia solium o Tenia saginata. |

# Referencias

## Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del presente instructivo de llenado de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis (SINBA-SIS-18-P) versión 2025 y este Instructivo de llenado que se encuentran en Insumos SIS2025-formatos e Instructivos, dentro de la carpeta “01. Unidad Médica”, al que puede entrar con usuario y contraseña en:

<http://sinba.salud.gob.mx>

En el siguiente enlace puede consultar lo referente a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP):

https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/red-nacional-de-laboratorios-de-salud-publica-49103

## Bibliografía

* MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del complejo teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica, para quedar como NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.

## Archivos anexos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Id. | Descripción | Nombre del archivo | Formato / Aplicación para su visualización |
| 26 | Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis. (SINBA-SIS-37-P) | SINBA-SIS-37-P 2025 | Excel |

# TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TENIASIS/CISTICERCOSIS (SINBA-SIS-37-P)

## Formato



# Descripción DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TENIASIS/CISTICERCOSIS

La Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis tiene como objetivo principal captar la información de las atenciones otorgadas a las personas que presenten estas enfermedades, está conformada por siete apartados principales:

* Datos de identificación: de la unidad y la o el prestador de servicio que registra la información.
* Datos de identificación: de la o el paciente.
* Identificación de casos de Teniasis
* Identificación de casos de Cisticercosis
* Tratamiento ministrado a confirmados por la red nacional de laboratorios de salud pública
* Control
* Contactos de las y los pacientes confirmados por la red nacional de laboratorios de salud pública

## Datos de identificación de la unidad

Los datos de identificación se separarán para la Unidad en donde se incluyen los relativos a la persona que registro la Información, es decir la o el Prestador de servicio; y los datos de Identificación de la o el paciente. Se compone de 26 variables:

* De la unidad
  + CLUES
  + Nombre de la unidad
  + Fecha de registro
  + Localidad
  + Municipio
  + Jurisdicción
  + Entidad Federativa
* De la o el prestador de servicios que registra la información
  + Nombre
  + Cargo

## Datos generales del paciente sospechoso de Teniasis/Cisticercosis

* + Expediente
  + Sexo
    - Mujer
    - Hombre
  + Fecha de nacimiento
  + Edad
  + Entidad de nacimiento
  + Declara pertenecer a un pueblo Indígena
  + Nombre(s), Apellido paterno y materno
  + CURP
  + Domicilio actual
  + Teléfono (fijo y celular)
  + Correo electrónico

## Identificación de casos de Teniasis

* Diagnóstico clínico
* Expulsión de proglótidos
* Descripción de signos y síntomas ~~del~~ de la o el paciente
* Fecha de toma de muestras para el Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP)
* Diagnóstico realizado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública:
  + ELISA de captura de coproantígeno
    - Resultado
    - Fecha
  + ~~Diagnóstico~~ Coproparasitoscópico
    - Resultado
    - Fecha
  + Otro
    - Resultado
    - Fecha

## Fuente de Infección

* Consumo de carne de cerdo infectada con cisticercos
* Consumo de carne de res con cisticercos

## Identificación de casos de Cisticercosis

* Fecha de diagnóstico por laboratorio y/o gabinete
  + Fecha
  + ¿Cuál?
  + Resultado
* Caso probable por Crisis Convulsivas
  + Fecha
* Descripción de signos y síntomas de la o el paciente
* La o el paciente fue referido a:
  + Segundo nivel
  + Tercer nivel

## Tratamiento ministrado a pacientes por la unidad de salud

* Enfermo desparasitado con:
  + Albendazol
    - Suspensión
    - Tabletas
  + Prazinquantel
    - Tabletas

## Seguimiento y Control

* Efecto del antiparasitario ministrado (90 días pos-tratamiento)
  + Fecha
  + Enfermo desparasitado
    - Alta sanitaria
      * Evidencias clínicas
      * Confirmación de laboratorio
    - Reciben tratamiento
    - Reacciona como probable cisticercosis

## Contactos de las y los pacientes confirmados por la red nacional de laboratorios de salud pública

* Nombre
* Edad
* Sexo
* Con síntomas
* Muestreo
* Con tratamiento

# Instrucciones de llenado DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TENIASIS /CISTICERCOSIS (SINBA-SIS-37-P)

## Instrucciones Generales

* La Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis, debe llenarse al ingreso a control todos los datos de identificación de la unidad, de la o el prestador de servicios, el servicio, los datos de identificación de la o el paciente; así como las acciones realizadas en cada cita de control inicial y subsecuente.
* Debe escribir con tinta, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo. Esta instrucción no aplica para la fecha de siguiente cita o de programación, ya que deberá ser con lápiz, al cumplir la y el paciente con la cita se reemplaza con tinta.
* En las celdas abiertas se debe escribir sin abreviaturas, con letra de molde, clara y legible.
* Para las respuestas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, …, 9.
* La persona que llene la Tarjeta de Registro y control de Teniasis/Cisticercosis es la responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

***CLUES:***

Registre la CLUES de la unidad, con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.

***NOMBRE DE LA UNIDAD:***

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

***FECHA DE REGISTRO:*** Anotar la fecha de apertura de la tarjeta del caso, indicando día, mes y año en números arábigos.

***LOCALIDAD:***

Anote el nombre de la localidad en donde se encuentra localizada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

***MUNICIPIO:***

Anote el nombre completo del municipio en donde se encuentra localizada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

**JURISDICCIÓN:**

Registre el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica.

**ENTIDAD:**

Anote el nombre completo de la entidad donde se encuentra la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

***NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REGISTRA LA INFORMACIÓN*.** Es el personal responsable del llenado de la tarjeta.

## I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOSPECHOSO DE TENIASIS/CISTICERCOSIS

***EXPEDIENTE:***

Anote el número de expediente de la o el paciente.

***SEXO:***

Marque con “X” el recuadro al que corresponda el sexo de la o el paciente.

***FECHA DE NACIMIENTO:***

Anote la fecha de nacimiento de la o el paciente día/mes/año, si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

***NOMBRE(S):***

Anote el(los) nombre(s) de la o el paciente, apellido paterno y el apellido materno, si no cuenta con algún apellido anote “X” según corresponda.

***CURP:***

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la o el paciente.

***EDAD:***

Anote los años cumplidos de la o el paciente.

***ENTIDAD DE NACIMIENTO:***

Anote el código de la Entidad Federativa donde nació la o el paciente con base en el siguiente catálogo: **01** Aguascalientes, **02** Baja California, **03** Baja California Sur, **04** Campeche, **05** Coahuila de Zaragoza**, 06** Colima, **07** Chiapas, **08** Chihuahua, **09** Distrito Federal, **10** Durango, **11** Guanajuato, **12** Guerrero, **13** Hidalgo, **14** Jalisco, **15** México, **16** Michoacán de Ocampo, **17** Morelos, **18** Nayarit, **19** Nuevo León, **20** Oaxaca, **21** Puebla, **22** Querétaro, **23** Quintana Roo, **24** San Luis Potosí, **25** Sinaloa, **26** Sonora, **27** Tabasco, **28** Tamaulipas**, 29** Tlaxcala, **30** Veracruz de Ignacio de la Llave, **31** Yucatán, **32** Zacatecas.

***DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA:***

Si la o el paciente considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Marque con una “X” en el recuadro correspondiente según la respuesta.

***¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?*:**

En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, pregunte a la paciente si habla lengua indígena, es aquélla que hablan las personas pertenecientes a poblaciones indígenas diferente al español, ya que es **obligatorio** al haber marcado “SI” en la variable anterior. Marque el cuadro correspondiente con "X", según sea la respuesta.

***¿QUÉ LENGUA INDÍGENA HABLA?:***

Anote cuál lengua indígena habla la paciente, al marcar la celda anterior este campo se convierte en **obligatorio**.

***DERECHOHABIENCIA:***

Este espacio está destinado a registrar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social. Anote en el espacio, la(s) clave(s) de la institución(es) de la(s) cual(es) es derechohabiente la o el paciente: **1**.NINGUNA, **2**.IMSS, **3**.ISSSTE, **4**.PEMEX, **5**.SEDENA, **6**.SEMAR, **10**.IMSS BIENESTAR, **11.**ISSFAM, **14**.Servivios de Salud IMSS-BIENESTAR, **8**.OTRA, **99**.SE IGNORA. El código **0**.NO ESPECIFICADO queda reservado para el registro dentro del sistema automatizado en caso de que la celda se encuentre vacía.

***DOMICILIO ACTUAL:***

Anote el domicilio actual de la o el paciente, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, así como referencias de localización.

***TELÉFONO FIJO:***

Anote el número de telefonía fija con el que cuenta la o el paciente en su domicilio.

***CELULAR:***

Anote el número de telefonía celular de la o el paciente, con los 10 dígitos, si cuenta con él.

***CORREO ELECTRÓNICO:***

Anote la dirección de correo electrónico de la o el paciente, si cuenta con él.

## II. IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE TENIASIS

***DIAGNÓSTICO CLÍNICO:***

Marque con una “X” el recuadro y coloque la fecha en la cual se capta a la o el paciente.

***EXPULSIÓN DE PROGLÓTIDO:***

Marque el recuadro con una “X” cuando la o el paciente refiera la expulsión de proglótidos.

***DESCRIPCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA O EL PACIENTE:***

Registre los signos y síntomas específicos que la o el paciente refiera sentir o haber sentido tales como: dolor abdominal, náusea, malestar general, pérdida de peso, aumento o pérdida de apetito, cefalea, constipación, mareo.

**FECHA DE TOMA DE MUESTRA PARA LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA (RNLSP):**

La toma de muestra se debe realizar en el laboratorio, y por el paciente, con previa instrucción de cómo debe realizarse adecuadamente (debido a la naturaleza de la muestra: heces,). Esta variable permitirá conocer cuántas muestras se envían para diagnóstico por coproparasitoscópico, ELISA u otra técnica realizada por la RNLSP.

Reporte el total de muestras tomadas en el mes que se reporta.

**DIAGNÓSTICO REALIZADO POR LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA:**

***COPROPARASITOSCÓPICO:***

Marque con una “X” el recuadro si el diagnóstico se realizó mediante coproparasitoscópico, indique el Resultado y la fecha.

***OTRO:***

Marque con una “X” en el recuadro, si el diagnóstico fue realizado por otro medio diagnóstico; anote su resultado y la fecha.

## III. FUENTE DE INFECCIÓN

***CONSUMO DE CARNE DE CERDO INFECTADA CON CISTICERCOS:***

Marque con una “X” el recuadro si la fuente de infección fue por consumo de carne de cerdo infectada con cisticercosis.

***CONSUMO DE CARNE DE RES CON CISTICERCOS:***

Marque el recuadro con una “X” si la fuente de infección fue por consumo de carne de res infectada con cisticercosis.

## IV. IDENTIFICACIÓN DE CASO DE CISTICERCOSIS

***FECHA DE DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO Y/O GABINETE:***

Registre la fecha que se obtuvo el resultado del diagnóstico por laboratorio y/o gabinete iniciando con el día, mes y año, especifique Cuál y el resultado.

***CASO PROBABLE POR CRISIS CONVULSIVAS:***

Registre la fecha que se determinó como caso probable de Cisticercosis por crisis convulsivas.

***DESCRIPCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS:***

Corresponde a los casos que, durante el interrogatorio en la consulta, refieren sintomatología actual o pasada sugerente de neurocisticercosis (cefaleas persistentes, convulsiones) o bien durante la exploración médica se identifican datos de hipertensión intracraneana.

***EL PACIENTE FUE REFERIDO A:***

Son aquellos casos sugerentes de padecer cisticercosis por sintomatología y que son enviados a un hospital para su diagnóstico confirmatorio y tratamiento específico. Indique el nivel de atención al que fue referido.

## V. TRATAMIENTO MINISTRADO A PACIENTES POR LA UNIDAD DE SALUD

Anote con "X" según corresponda al antihelmíntico utilizado para el tratamiento de teniasis ya sea:

***ENFERMO DESPARASITADO CON:***

Albendazol Suspensión (fco. 20 ml.), tabletas (200 mg.) a dosis recomendada de 400 mg diarios por 3 días y Praziquantel tabletas. (150 mg.) a dosis recomendada de 10mg/Kg en dosis única.

## VI. SEGUIMIENTO Y CONTROL

***FECHA:***

Anote con números arábigos la fecha en que se registra el control de la o el enfermo desparasitado.

**ENFERMO DESPARASITADO**

Anote con "X" según corresponda el efecto causado por la ministración del antiparasitario.

***ALTA SANITARIA (AUSENCIA DEL PARASITO):***

* ***EVIDENCIAS CLÍNICAS:*** Se considera que el tratamiento fue efectivo y se confirma por la ausencia de signos y síntomas.
* ***CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO:*** Por estudios de laboratorio que indican la ausencia de huevos de Tenia.

***RECIBEN RETRATAMIENTO:***

Se indica nuevo tratamiento por continuar signos y síntomas o bien por la presencia de huevos en materia fecal.

***REACCIONA COMO PROBABLE CISTICERCOSIS:***

El caso sometido a tratamiento con praziquantel presentó cefalea continua por más de 48 hrs.

## VII. CONTACTOS DE LAS Y LOS PACIENTES CONFIRMADOS POR LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA

En esta sección reporte el nombre, edad, sexo, si presenta síntomas, muestreo y si cuenta con tratamiento.



**Gobierno de México**

**Secretaría de Salud**

**Dirección General de Información en Salud**

**Instructivo de llenado de la**

**Tarjeta de Registro y Control de Caso de Teniasis/Cisticercosis**

(SINBA-SIS-37-P)

VERSIÓN 2025

Sistema Nacional de Información

Básica en Materia de Salud

Av. Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales,

Alcaldía Miguel Hidalgo, CP. 11570. Ciudad de México