



Estado: **CHIAPAS**
Jurisdicción Sanitaria: **SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS**

1.- Lugar

Año: 2014
Municipio: **SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS**
Coordinación municipal:

2.- Ubicación

Ageb:
Entidad: **CHIAPAS**
Jurisdicción: **SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS**
Localidad: **ARTÍCULO 115**
Calle:
Coordenada latitud: **16°42'7.00"**
Coordenada longitud: **92°36'59.10"**

3.- Datos del animal

Especie: **CANINO**
Sexo: **HEMBRA**
Edad: **2 AÑOS**
Raza: **CRIOLLO**
Propietario: **NO**
Vacunación antirrábica: **NO**
Especie agresora:
Fecha de transmisión:

4.- Atención antirrábica de personas

Número de personas agredidas: **11**
Número de contactos: **0**

5.- Diagnósticos

Clínico inicial **CENTRO DE CONTROL CANINO**
Servicio Oficial: **CENTRO DE CONTROL CANINO**
Servicio Privado:
Nombre del Laboratorio de diagnóstico: **LESP CHIAPAS**
Adscripción: **SESA CHIAPAS**
Fecha de envío
de la muestra: **3/NOV/14**
Fecha del resultado: **4/NOV/14**

6.- Tipificación del virus por el InDRE / México

Variante Antigénica:

7.- Secuenciamiento genético

Nomenclatura:

8.- Observaciones

