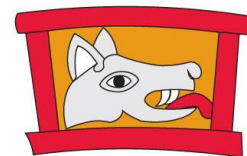


Estado: **YUCATÁN**
Jurisdicción Sanitaria: **MÉRIDA**



1.- Lugar

Año: **2015**

Municipio: **IXIL**

Coordinación municipal:

2.- Ubicación

Ageb:

Entidad: **YUCATÁN**

Jurisdicción: **MÉRIDA**

Localidad: **IXIL CENTRO**

Calle:

Coordenada latitud: **21° 9'14.43"N**

Coordenada longitud: **89°28'50.07"O**

3.- Datos del animal

Especie: **CANINO**

Sexo: **MACHO**

Edad: **9 MESES**

Raza: **CRIOLLO**

Propietario: **SI**

Vacunación antirrábica: **NO**

Especie agresora: **ZORRILLO**

Fecha de transmisión:

4.- Atención antirrábica de personas

Número de personas agredidas: **2**

Número de contactos: **5**

5.- Diagnósticos

Clínico inicial **VETERINARIO PARTICULAR**

Servicio Oficial:

Servicio Privado: **MVZ PARTICULAR**

Nombre del Laboratorio de diagnóstico: **LCR MÉRIDA**

Adscripción: **SAGARPA**

Fecha de envío
de la muestra: **13/JUL/15**

Fecha del resultado: **14/JUL/15**

6.- Tipificación del virus por el InDRE / México

Variante Antigénica:

7.- Secuenciamiento genético

Nomenclatura:

8.- Observaciones

