|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES Y SEGUIMIENTO A LA PERSONA AGREDIDA** |
| NÚMERO DE REGISTRO | SEMANA NUMERO | FECHA DE LA AGRESIÓN | FECHA DE LA VISITA |
|  |  | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| **SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR** |
| ESPECIE ANIMAL AGRESORA |
| PERRO | GATO | VACA | CABALLO | MURCIÉLAGO | ZORRO | CERDO | MONO | OTRO ANIMAL DOMESTICO |
| OTRO ANIMAL SILVESTRE ¿CUAL? |
| VACUNADO | FECHA DE VACUNACIÓN | NOMBRE DEL PROPIETARIO | TIPO Y Nº DE IDENTIFICACIÓN |
| SI | NO | DÍA | MES | AÑO |  |  |
| COMUNA | BARRIO | DIRECCIÓN RESIDENCIA/TRABAJO | TELÉFONO Y/O CELULAR DE RESIDENCIA /TRABAJO |
|  |  |  |  |
| LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO |  |
| ESTADO AL MOMENTO DE LA AGRESIÓN | UBICACIÓN |
| CON SIGNOS DE RABIA | SIN SIGNOS DE RABIA | DESCONOCIDO | OBSERVABLE | PERDIDO | MUERTO |
| NOMBRE DEL ANIMAL | SEXO | COLOR DE CAPA (PELO) | EDAD |
|  | MACHO | HEMBRA |  |  |
| RAZA | TAMAÑO | IDENTIFICACIÓN O SEÑALES |
|  | GRANDE | MEDIANO | PEQUEÑO | MINI |  |
| **OBSERVACIONES** |
| FECHA DE OBSERVACIÓN | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO |
| **SIGNOS** | **VISITA 1** | **VISITA 2** | **VISITA 3** |
| AGRESIVO O APÁTICO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PARÁLISIS DEL MIEMBRO POSTERIOR O ANTERIOR | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| SIALORREA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| HIPEROXIA O ANOREXIA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| APETITO DEPRAVADO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| DISFAGIA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| LADRIDO RONCO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| MANDÍBULA TRABADA O CAÍDA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PILOERECCIÒN | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| FOTOFOBIA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| HIDROFOBIA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| MIDRIASIS | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ATAXIA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| CONVULSIONES | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| MUERTE | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| NINGUNA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| **DATOS DE QUIEN ATIENDE LA VISITA** |
|  |  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DOC.UMENTO DE IDENTIDAD | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|  |  |  |
| TELÉFONO | TELÉFONO | TELÉFONO |
|  |  |  |
| LUGAR DE OBSERVACIÓN | ESTADO DEL ANIMAL | FECHA EN CASO DE MUERTE |
| DOMICILIO | CLÍNICA VETERINARIA | CENTRO DE ZOONOSIS | SANO | ENFERMO | MUERTO | DÍA | MES | AÑO |
| CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA | PRUEBA DE LABORATORIO SOLICITADA | LABORATORIO UTILIZADO |
| SI | NO | PENDIENTE |  | INS | ICA | OTRO |
| ¿CUAL? |
| **RESULTADO FINAL DEL SEGUIMIENTO** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | NOMBRE DEL FUNCIONARIO |
|  |
|  |
|  |
|  |