Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Formato para el seguimiento al animal agresor

Acta Número

E.S.E.:

FECHA DE OCURRENCIA AGRESIÓN			FECHA DE RECEPCIÓN FICHA EN EPIDEMIOLOGÍA			FECHA RECEPCIÓN FICHA EN AMBIENTE		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

FECHA REALIMENTACIÓN A EPIDEMIOLOGÍA			INTERLOCAL		LOCALIDAD DE REMISIÓN
DÍA	MES	AÑO	SI	NO	

1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA Y CARACTERISTICAS DE LA AGRESIÓN

1.1 NOMBRES Y APELLIDOS DEL AGREDIDO	1.2 EDAD	1.3 TIPO DE IDENTIFICACIÓN	1.4 No DE IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ PEP ☐ PTP ☐ R.C. ☐ PS ☐	

1.5. UPGD DE ATENCIÓN DE LA AGRESIÓN	1.6 LOCALIDAD DE RESIDENCIA PACIENTE	1.7 ÁREA DE RESIDENCIA PACIENTE
		Urbana ☐ Semirural ☐ Rural ☐

1.8 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	1.9 TELÉFONO DE RESIDENCIA O CELULAR

1.10 TIPO DE AGRESIÓN	1.11 TIPO DE LESIÓN	1.12 LOCALIZACIÓN ANATÓMICA
Mordedura ☐ Lamedura ☐ Arañazo ☐ Contacto de saliva con piel lesionada o mucosa ☐	Única ☐ Múltiple ☐	Cabeza-Cara Cuello ☐ Tronco ☐ Miembro inferior ☐ Mano-Dedo Pie-Dedo ☐ Genitales externos ☐ Miembro superior ☐

1.13 CIRCUSTANCIA DE LA AGRESIÓN	1.14 ACTIVIDAD DEL ANIMAL ASOCIADA A LA AGRESIÓN
Provocada ☐ No provocada ☐	Durante juego ☐ Hembra con cría ☐ Paciente agrede al animal ☐ Se estaba alimentando ☐ Paciente corrió cerca al animal ☐ Animal molestado durante descanso ☐ Otro ☐ _____

2. DATOS DEL ANIMAL AGRESOR

2.1 NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO	2.2 TIPO DE IDENTIFICACIÓN	2.3 No DE IDENTIFICACIÓN
	C.C. ☐ NIT ☐ PS ☐ C.E. ☐ PEP ☐ PTP ☐	

2.4 LOCALIDAD DE RESIDENCIA DEL ANIMAL AGRESOR	2.5 ÁREA DE RESIDENCIA DEL ANIMAL	2.6 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL ANIMAL AGRESOR
	Urbana ☐ Semirural ☐ Rural ☐	

2.7 BARRIO	2.8 UPZ	2.9 TELÉFONO(S) PROPIETARIO

2.10 ESPECIE DE ANIMAL	2.11 NOMBRE DEL ANIMAL	2.12 RAZA

2.13 SEXO	2.14 EDAD	2.15 VACUNA ANTIRRÁBICA	2.16 FECHA DE ULTIMA VACUNA	2.17 UBICACIÓN INICIAL DEL ANIMAL
Hembra ☐ Macho ☐		Si ☐ No ☐	DIA MES AÑO	Observable ☐ Perdido ☐ Muerto ☐

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

2.17 SITIO DE OBSERVACIÓN DEL ANIMAL AGRESOR	2.18 CERTIFICADO MÉDICO PARTICULAR
Domicilio ☐ Centro de zoonosis ☐ Clínica ☐ Otro	Si ☐ No ☐ Estado final del animal: _____

3. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR

1

3.1 FECHA DE OBSERVACIÓN	3.2 ESTADO DEL ANIMAL	3.3 FECHA DE FALLECIMIENTO	3.4 SIGNOS DEL ANIMAL AGRESOR OBSERVADO
DIA MES AÑO	SANO ☐ ENFERMO ☐ MUERTO ☐	DIA MES AÑO	AGRESIVO ☐ DISFAGIA ☐ HIDROFOBIA ☐ LADRIDO RONCO ☐ NINGUNO DE LOS ANTERIORES ☐ MIDRIASIS ☐ SIALORREA ☐ MANDIBULA CAIDA ☐ ATAXIA ☐ HIPOREXIA O ANOREXIA ☐ FOTOFOBIA ☐ PILOERECCIÓN ☐ CONVULSIONES ☐ OTRO _____

3.5 NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	3.6 TIPO Y N^{O}. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	3 .7 FIRMA

3.8 NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO	3.9 TARJETA PROFESIONAL	3.10 TIPO Y N^{O} . DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	3.11 FIRMA

3.12 OBSERVACIONES

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

2			
4.1 FECHA DE OBSERVACIÓN	**4.2 ESTADO DEL ANIMAL**	**4.3 FECHA DE FALLECIMIENTO**	**4.4 SIGNOS DEL ANIMAL AGRESOR OBSERVADO**
DIA MES AÑO	SANO ☐ ENFERMO ☐ MUERTO ☐	DIA MES AÑO	AGRESIVO ☐ DISFAGIA ☐ HIDROFOBIA ☐ LADRIDO RONCO ☐ NINGUNO DE LOS ANTERIORES ☐ MIDRIASIS ☐ SIALORREA ☐ MANDIBULA CAIDA ☐ ATAXIA ☐ HIPOREXIA O ANOREXIA ☐ FOTOFOBIA ☐ PILOERECCIÓN ☐ CONVULSIONES ☐ OTRO _____

4.5 NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	4.6 TIPO Y N°. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4.7 FIRMA

4.8 NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO	4.9 TARJETA PROFESIONAL	4.10 TIPO Y N° . DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4.11 FIRMA

4.12 OBSERVACIONES

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

3			
5.1 FECHA DE OBSERVACIÓN	**5.2 ESTADO DEL ANIMAL**	**5.3 FECHA DE FALLECIMIENTO**	**5.4 SIGNOS DEL ANIMAL AGRESOR OBSERVADO**
DIA MES AÑO	SANO ☐ ENFERMO ☐ MUERTO ☐	DIA MES AÑO	AGRESIVO ☐ DISFAGIA ☐ HIDROFOBIA ☐ LADRIDO RONCO ☐ NINGUNO DE LOS ANTERIORES ☐ MIDRIASIS ☐ SIALORREA ☐ MANDIBULA CAIDA ☐ ATAXIA ☐ OTRO _____ HIPOREXIA O ANOREXIA ☐ FOTOFOBIA ☐ PILOERECCIÓN ☐ CONVULSIONES ☐

5.5 NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	5.6 TIPO Y N^{O} . DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	5.7 FIRMA

5.8 NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO	5.9 TARJETA PROFESIONAL	5.10 TIPO Y N^{O} . DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	5.11 FIRMA

5.12 OBSERVACIONES

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

6.CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO Y RECOMENDACIONES			
6.1 CLASIFICACIÓN FINAL	**6.2 INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA**	**6.3 VACUNA ANTIRRÁBICA**	**6.4 REMITE EL ANIMAL PARA VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA**
NO EXPOSICIÓN ☐ LEVE ☐ GRAVE ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

6.5 OBSERVACIONES:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD BOGOTÁ