

DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ALICAMA DE SANTO DOMINGO DE CAU		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)				MMDS01.03.11.P003.F006	
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO						VERSION	
						001	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA:	20	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4451	Scm 47.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA:	18	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	EMI	

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Ligia Olaya				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	38995081	EDAD	77
DOMICILIO	c175dn 24bis 82.				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3184295210	COMUNA	2.

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Ligia Olaya.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	38995081	EDAD	77
DOMICILIO	c175dn 24bis 82.				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3184295210	COMUNA	2.

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	X	FELINO		Killer.		Pitbul A.		MACHO	X	HEMBRA	34
COLOR	X	TAMAÑO	M	P	DD	MM	AA	VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
	X										

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA													
VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTIFICADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

5-DIC-2024 : Afectada fue agredida en la mano, afectada ya estaba haciendo unas caracciones al canino,

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)					

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por muerdido	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

56IEZ- Carlos Guzman

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	20	MES	11	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4452	Sum 47.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	12	MES	11	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA	GM1	

NOMBRE Y APELLIDOS	Ramon Arturo Ariztizabel	Herrera.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	14940210	EDAD	77		
DOMICILIO	c/33 H 20-36.		BARRIO	Sta Fe.	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	6023470440	COMUNA	8

NOMBRE Y APELLIDOS	Ramon Arturo Ariztizabel	Herrera.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	14940210	EDAD	77		
DOMICILIO	c/33 H 20-36		BARRIO	Santa Fe.	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	6023470440	COMUNA	8

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD			
CANINO	☒ FELINO	Tony	MZ	MACHO	346m			
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO
CaFu	G	P	DD	MM	AA			

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	—				—		—			—						—				—			—			
2			—				—					—				—				—						
3	—				—		—					—				—				—						

E. CONDICIONES SANITARIAS

SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Procedido
-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
S-DIC-2024. Afectado entro a la habitacion y canino lo agredido mano derecho al tratar de moverlo

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)	1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja cllación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD	

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA:	20	MESES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4454	SAM 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA:	3	MESES:	11	AÑO:	2024	UPOD QUE REPORTA:	Unidad Urgencias Cali	

NOMBRE Y APELLIDOS	Anyu Ivonor Orozco Salcedo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	24083290	EDAD	84
DOMICILIO	Cva 17c 26-71	BARRIO	Simon Belandier	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	300 761 0329

NOMBRE Y APELLIDOS	Cva 17c 26-50	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	X FELINO			MACHO	
COLOR	TAMAYO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Negro	G M X	00 MM AA		m2	VIVIENDA X

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERÍODO DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	No Provocado
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:	5-DIC-2024: Afectada oslababa con su canino y un canino de la vacuna la agredida en la rodilla derecha, sin intencion,											

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)	1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por mutúelo	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable	8. Animal no está en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antibiótico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	D/A:	20	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4458	Sam 47
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	D/A:	17	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Primitivo	

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria del Carmen Quiñones Quiñones.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66856619	EDAD	51
DOMICILIO	c/33c 17c63.	BARRIO	Rafael Uribe	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3185754467.

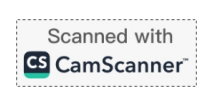
NOMBRE Y APELLIDOS	Maria del Carmen Quiñones Quiñones	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66856619	EDAD	51
DOMICILIO	c/33c 17c63	BARRIO	Rafael Uribe	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3185754467.

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD	
CANINO	X	FELINO				
COLOR	SD	TAMANO	SD	MACHO	SD	
	G	M	P	DD	MM	AA
	SD	SD	SD	SD	SD	

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDIBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	—	—	—		—				—				—			—				—					
2			—				—				—				—			—			—				
3	—	—			—				—				—			—				—					

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIPIEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:	4-DIC-2024= No contesta- buzón de voz 5-DIC-2024= No contesta- buzón de voz.											

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:			
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)							
1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por murciélago		16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable	X	8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirrábico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD	



VERSION

Primitive.	58	4459	Scm 47.
------------	----	------	---------

1

40420796	EDAD	39
017004477.	COMUNA	8

434

40420796.	EDAD	39
017604477	COMUNA	8

— 42 —

SEXO		EDAD	
H	HEMBRA	21	4
VIVIENDA		ANTEJARDIN	
MANENANCIA		CALEJERO	

111

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA

SE EVIDENCIA
PERCIBEN.

opaco
opaco

en vivienda	
para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
ador	
amiento antirrábico	
mediata a UPGD	

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 20	MES: 11	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4461	Scm 46.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA: 16	MES: 11	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:	Primitivo	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Manuel Matias Chingilla Delgado	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1232791718	EDAD	9
DOMICILIO	c/30 # 12-57.	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3015661263	COMUNA	8.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Natalia Delgado	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD	sd
DOMICILIO	c/30 12-57.	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	sd	COMUNA	sd

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD	
CANINO	X	FELINO	sd	MACHO	sd	
COLOR	sd	TAMAÑO	sd	HEMBRA	sd	
	G	M	P	DD	MM	AA
	sd	sd	sd	sd	sd	sd

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:
	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:			

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Seguimiento telefónico
3-DIC-2024: no contesta -buzon de voz.
4-DIC 2024: No contesta -buzon de voz.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se dejó citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antibiótico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

66TeEz - Carlos Guzman

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA: 20	MES: 11	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4467.	Sam 47.
FECHA ACCIDENTE RABICO	DIA: 18	MES: 11	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA	Versalles.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Monica Silva Tabaroz.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66862161	EDAD	51
DOMICILIO	Au2d Norte 40-46.	N° DE TELÉFONO FIJO / MOVIL	3166143884	COMUNA	2.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	sd	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD	sd
DOMICILIO	sd	N° DE TELÉFONO FIJO / MOVIL	sd	COMUNA	sd

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	X FELINO	sd	sd	MACHO	sd
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRRABICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
sd	G M P	DD MM AA	sd	sd	VIVIENDA ANTEJARDIN CALLEJERO

D. VALORACION SIGNOLOGIA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDIBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	—				—		—		—		—		—		—		—		—		—				
2		—					—		—		—		—		—		—		—		—				
3	—						—		—		—		—		—		—		—		—				

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIPIEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESION:	
---------------------------	------------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	--

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
3-DIC-2024: No contesta - buzón de voz.
4-DIC-2024: No contesta - buzón de voz.

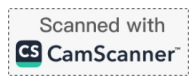
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por mutúgelo		16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable	X	8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por reoedor	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirrábico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD	

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIEZ-Carlos Guzman



FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA: 20	MES: 11	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4476	Sam 46.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA: 13	MES: 11	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:	Hospital Joaquín Baz Bovero	

NOMBRE Y APELLIDOS	Samuel Martin Muñoz Patiño	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1191220207	EDAD	9		
DOMICILIO	cl 72b 1a1 53	BARRIO	Papelar.	N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	3163164423	COMUNA	4

NOMBRE Y APELLIDOS	sd	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD	sd		
DOMICILIO	sd	BARRIO	sd	N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	sd	COMUNA	sd

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD				
CANINO	☒	sd	sd	MACHO		HEMERA			
COLOR	sd	TAMANO	sd	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO
	sd	G	M	P	DD	MM	AA	sd	

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	
1									
2									
3									

E. CONDICIONES SANITARIAS
SE EVIDENCIA O SE PERCIPIEN: MALOS OLORES SI NO HECES SI NO ORINA SI NO F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:
3-DIC-2024: No contesta - buzon da voz
4-DIC-2024: No contesta - buzon da voz

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por muncelago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirrábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

VERSION

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA:	20	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4478	EDAD	27
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA:	13	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	EWI	COMUNA	8

NOMBRE Y APELLIDOS	Brigitta Alexandra Hoyos. Sanchez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1151962515	EDAD	27
DOMICILIO	c/39 11f35	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3166651119	COMUNA	8

NOMBRE Y APELLIDOS	Brigitta Alexandra Hoyos	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1151962515	EDAD	27
DOMICILIO	c/39 11f35	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3166651119	COMUNA	8

ESPECIE	CANINO	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
☒	FELINO		Alaska	Husky	MACHO	3 m.
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA
Blanco café	q M P	DD MM AA				X

VALORACIÓN SIGNOLOGÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	11/11/2024	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
2	11/11/2024	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
3	11/11/2024	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
4-Dic-2024: Atacada fue alimentada a la canino y este la agredió mano derecha.
dato anular

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)	1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por municipio	16. Menor de edad en vivienda
	2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
	3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
	4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirrábico
	5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

1. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SCIEZ- Carlos Gozman

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4485	Sam 47.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA:	19	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Vallir del lili	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Idalia Toro Patiño	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31254931	EDAD	71
DOMICILIO	cl35N 2bis 05	BARRIO	P. Norte	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3185245252

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Idalia Toro Patiño	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31254931	EDAD	71
DOMICILIO	cl35N 2bis 05	BARRIO	P Norte	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	318 5245 252

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒	FELINO			
COLOR	blanco	TAMANO	g	m	xx
		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	DD	MM	AA
		VACUNADO POR	Juana		
		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	bolldog ingles		
		PERMANENCIA DEL ANIMAL	sd		
		MACHO		HEMERA	☒
		VIVIENDA		ANTEJARDIN	☒
		CALLEJERO			

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS

SE EVIDENCIA O SE PERCIEBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocada
------------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
3-Dic-2024: NO contesta-buzon de voz.
4-Dic-2024: Afectada fue a separar una viña y resulto agredido en la mano y antebrazo derecho

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS

BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por mucélagos		16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se dejó citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable	☒	8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antibiótico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD	

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SEITEZ- Carlos Guzman

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N.º	4490 Sam 43
UPGD QUE REPORTA:	Urgenciatis cell.

A. DATOS DEL AFECTADO

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	314823726	EDAD	46
N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	sd	COMUNA	2

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SD	EDAD	Sc
N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	SD	COMUNA	Sc

C. DATOS DEL ANIMAL

RAZA	SEXO				EDAD
	MACHO	HEMBRA			
sd					sd
IDENTIFICACION DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDIN	CAL
sd					

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

	ROCIDAD JUSTADA		PARALISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
-			☒		☒			
-					☒			
-					☒			

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES

3- DIC-2024 - Reporte sin numero de telefono.

	OTRA:
--	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

		16. Menor de edad en vivienda
habita en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
	X	18. Agresión por roedor
		19. Paciente en tratamiento antirrábico
		20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Seitz-Carlos Guzman



DEPARTAMENTO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE CALABAZAL

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSION

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	27	MES	11	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4507.	Sam 48.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	25	MES	11	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA	Surva	Pasocuncho.

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Diago Farnay Vasquez. Maldonado	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1069757485	EDAD	27
DOMICILIO	Cra 3A 46A ST.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3138692766	COMUNA	4

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Steven Ordóñez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Kra 2da	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3153470044	COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			macho	
COLOR	TAMAYO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
	G M P	DD MM AA			VIVIENDA ANTEJARDIN CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
4-DIC-2024: Afectado es auxiliar veterinario y al manipular al canino este lo agredió mano izq. dedo pulgar
canino se cibra poblado campestre otro municipio

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antibiótico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

1. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SEIJEZ - Carlos Guzman



DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA
ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CHILE

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSION

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4512	Sum 47.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA:	23	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Servicios Integrados de Salud Comunal.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Andrey Felipe Carrillo Rosero			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1144050234	EDAD	32
DOMICILIO	Dg 18 17fi 63.			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3172896537.	COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Natalia Vasquez Rosero			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Lv 20 39 48.			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3158046817	COMUNA	8

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?			NOMBRE	RAZA	SEXO			EDAD		
CANINO	FELINO	X			Barlin		MACHO	X	HEMERA		3 a.
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	MZ	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO		
gris B.	G	X	P	DD	MM	AA				X	

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUelta	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA	MES				ANO	SI								
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECOS	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
5-Dic-2024: Afectado fue acariciar al felino y esto lo agradio en la mano izquierda.
dado indica.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por mucélagos	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIEZ - Carlos Gomez

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA: 20	MES: 11	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4402	SCM 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA: 8	MES: 11	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:	Servsalud	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Adriana Gomez Torres	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11438275546	EDAD	35
DOMICILIO	cl 37w 23w-51	N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	3167849305	COMUNA	2.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Adriana Gomez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	cl 37w 23w-51	N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	3167849305	COMUNA	2.

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	FELINO	Thomos	WZ	MACHO	147m
COLOR	TAMAÑO	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	
Wagye	G M P DD MM AA				

D. VALORACION SIGNOLOGIA

VISITA	FECHA DE OBSERVACION	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACION	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARALISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESION:	Provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
101C 2024: Afectada fue agarrar al felino que fue asustado por un dron y este la agredio mano izquierda

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACION (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se dejó citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIEZ - Carlos Guzman

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA:	27	MES:	11	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4514	Sam 15
FECHA ACCIDENTE RABICO:	DIA:	10	MES:	4	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA:	Surva chipichipe	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Gustavo Adolfo Fernandez Cuellar	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	94452120	EDAD	48
DOMICILIO	Au100 100 Apto 804 T3	N° DE TELÉFONO FIJO / MOVIL	3185712663	COMUNA	1

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	sd	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD	sd
DOMICILIO	sd	N° DE TELÉFONO FIJO / MOVIL	sd	COMUNA	sd

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	X	FELINO		macho	sd
COLOR	sd	TAMANO	sd	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA X
	sd	FECHA VAC. ANTIRABICA	sd		ANTEJARDIN
	sd	FECHA VAC. ANTIRABICA	sd		CALLEJERO

D. VALORACION SIGNOLOGIA

VISTA	FECHA DE OBSERVACION	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
1	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd
2	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd
3	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIPIEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESION:	sd
---------------------------	------------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	----

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
4-DIC-2024 : Afectado fue agredido sin causa aparente en el pie derecho canin, perteneciente a un cliente

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
---	-------	-----------	------------	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por mucrologo		16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se dejó citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable	X	8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por reoer	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirábico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD	

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

66 IEZ- Carlos.

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4520	Sam 47.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DIA:	18	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	CS Siloe.	

NOMBRE Y APELLIDOS	Malden Bernal Martinez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	319 623 95	EDAD	58		
DOMICILIO	Au40 13-58	BARRIO	San antonio	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3046403315	COMUNA	3.

NOMBRE Y APELLIDOS	sd	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD			
DOMICILIO	sd	BARRIO	San antonio	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	sd	COMUNA	3.

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD										
CANINO	☒	FELINO	☒	TAMANO	sd	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	sd	VACUNADO POR	sd	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	sd	MACHO	HEMERA	ANTELJARDIN	CALLEJERO
COLOR	sd	G	M	P	DD	MM	AA	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd

D. VALORACION SIGNOLOGIA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFÍCULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFÍCULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	—	—	—			—		—			—			—		—				—			—			
2				—			—			—				—			—						—			
3	—						—		—				—				—					—				

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocad												
G. RECOMENDACIONES VIO OBSERVACIONES:	A-Dic-2024: Afecteda alimenta r unos felinos y resoltó agredida mano izquierda																							
dedo co razon																								
Recibio esquma de vacunacion																								

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)				

1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por murciélago		16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable	☒	8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirábico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD	
1. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD							

SEITEZ-Carlos guzman

1. *Species*

A. DATOS DEL AFECTADO

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

C. DATOS DEL ANIMAL

100

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

CHINA	SI
-------	----

al rostro nariz y labio superior.

100

Como futuro do candidato

1 POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD



SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE CALI
CENTRO DE ZOONOSIS
REGISTRO FICHAS DE EPIDEMIOLOGIA

TECNICO RESPONSABLE:

CARLOS GUZMAN

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE CALI
CENTRO DE ZOONOSIS
REGISTRO FICHAS DE EPIDEMIOLOGIA

7/12/24

FICHA NUMERO	FECHA DE AGRESION	SEMANA	COM	ESPECIE	FECHA RECIBIDO TECNICO	FECHA PRIMERA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA SEGUNDA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA TERCERA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA RECIBIDO AUXILIAR PARA DIGITAR	VOBO MEDICO VETERINARIO
4155	10/12/2024	43	2	2	11/8/2024	11/25/2024	PROVOCADO						
4164	10/20/2024	44	3	2	11/8/2024	11/30/2024	TEL FUERA DE SERVICIO						
4170	11/4/2024	45	3	2	11/8/2024	11/25/2024	PROVOCADO						
4176	11/17/2024	44	1	1	11/8/2024	12/4/2024	NO PROVOCADO						
4186	11/2/2024	45	8	1	11/8/2024	11/3/2024	TEL FUERA DE SERVICIO						
4189	11/17/2024	44	4	1	11/8/2024	11/2/2024	TEL FUERA DE SERVICIO						
4196	11/27/2024	44	4	2	11/8/2024	12/4/2024	NO PROVOCADO						
4208	11/7/2024	45	8	2	11/8/2024	12/4/2024	NO CONTESTA						
4215	11/5/2024	45	2	2	11/8/2024	11/26/2024	NO CONTESTA						
4217	11/5/2024	45	8	2	11/8/2024	12/4/2024	PROVOCADO						
4220	11/3/2024	45	4	1	11/8/2024	11/26/2024	PROVOCADO						
4268	10/14/2024	42	1	1	11/8/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4284	10/19/2024	42	2	1	11/8/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4291	10/15/2024	42	2	2	11/8/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4297	11/7/2024	44	2	1	11/8/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4304	11/6/2024	45	4	1	11/8/2024	12/2/2024	NO CONTESTA						
4306	10/28/2024	44	1	1	11/8/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4309	11/7/2024	45	4	1	11/8/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4312	11/7/2024	45	4	2	11/14/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4315	11/7/2024	44	1	1	11/14/2024	12/2/2024	PROVOCADO						
4404	15/10/2024	42	3	2	11/20/2024	12/4/2024	PROVOCADO						
4417	9/22/2022	39	8	1	11/20/2024	12/5/2024	NO PROVOCADO						
4426	11/12/2024	46	3	1	11/20/2024	12/5/2024	PROVOCADO						
4429	11/9/2024	45	1	1	11/20/2024	12/4/2024	PROVOCADO						
4431	11/13/2024	46	1	1	11/20/2024	12/5/2024	PROVOCADO						
4442	11/13/2024	46	2	1	11/20/2024	12/5/2024	NO CONTESTA						

4269 25/10/24 43 3 2 8/11/24 2 DIC 24 Provocado
4271 26/10/24 43 2 1 8/11/24 2 DIC 24 NO contesta

7/12/24