
 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <small>Ministerio de la Protección Social República de Colombia</small>	<b>FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA</b>						
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA							
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO <b>MILAGRO MICHEL SOLANO</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.L. <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> N° <b>1420751415</b>						
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA <b>LA CEBA - RESGUARDO CAICETAPA</b>	TELÉFONO <b>312 2012606</b>						
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE <b>HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA</b>	FECHA DE AGRESIÓN DÍA <b>24</b> MES <b>10</b> AÑO <b>25</b>	FECHA DE CONSULTA DÍA <b>24</b> MES <b>10</b> AÑO <b>25</b>					
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO							
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL <b>GRICETH PAOLA SOLANO</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.L. <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> N° <b>1192784389</b>						
DEPARTAMENTO <b>CA GUAJIRA</b>	MUNICIPIO <b>DISTRACON</b>	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA <b>LA CEIBA</b>					
TELÉFONO <b>3117999151</b>	COMUNIDAD / LOCALIDAD <b>LA CEIBA</b>	BARRIO / VEREDA					
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR							
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR <b>TOBY</b>	ESPECIE	RAZA <b>CRIOLO</b> COLOR <b>BLANCO-MAREM</b> EDAD <b>1 AÑO</b>					
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA	VACUNADO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FECHA DE VACUNACIÓN					
SEÑAS PARTICULARES							
SEÑALE DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN							
SIGNOS	VISITA			SIGNOS	VISITA		
	1	2	3		1	2	3
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO				DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN			
CAMBIOS EN EL APETITO				ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)			
PELO ERIZADO				CONVULSIONES			
HUIDIZO				INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS			
EXCITACIÓN				PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES			
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS				ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA			
AGRESIVIDAD				NINGUNO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SIALORREA				OTRO *			
FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA			
DÍA	MES	AÑO					
27	10	25	Griseth S 1192784389	[Firma]			
31	10	25	Griseth S 1192784389	[Firma]			
6	11	25	Griseth S 1192784389	[Firma]			
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACIÓN	SANO <input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMO <input type="checkbox"/>	MUERTO <input type="checkbox"/>	PRESENTO SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON RABIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA	DÍA <b>12</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2025</b>	NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA <b>[Firma]</b>					







