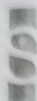




Ministerio de la Protección Social
Presidencia del Consejo



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA



1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
JUAN GONZALEZ	T.I. CC <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> N° 84 055 004	
DIRECCION DE RESIDENCIA	TELEFONO	
EL CHORRO	3147453474	
LUGAR DE ATENCION DEL PACIENTE	FECHA DE AGRESION	FECHA DE CONSULTA
HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	08 11 25	08 11 25

2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
CLAUDIA GONZALEZ CARRILLO	T.I. CC <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> N° 1 121 043 352	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION DE RESIDENCIA
LA GUAJIRA	DISTRACCION	EL CHORRO
TELEFONO	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO / VEREDA
3147453474	LA UGIA	EL CHORRO

3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR

NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR	ESPECIE	RAZA	COLOR	EDAD
TIGRE	CANINO	CEJOLLO	BARANO	4 AÑOS
SEXO	VACUNADO	FECHA DE VACUNACION	SEÑAS PARTICULARES	
MACHO <input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DECONOCIDO	DIA	MES	AÑO	

SEÑAL DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACION

SIGNOS	VISITA			SIGNOS	VISITA		
	1	2	3		1	2	3
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO				DIFICULTAD EN LA DEGLUCION			
CAMBIOS EN EL APETITO				ALTERACION DEL LADRIDO (RONCO)			
PELO ERIZADO				CONVULSIONES			
HUIDIZO				INCORDINACION EN LOS MOVIMIENTOS			
EXCITACION				PARALISIS DE LAS EXTREMIDADES			
ALUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTIMULOS				ATORAMIENTO / MANDIBULA CAIDA			
AGRESIVIDAD				NINGUNO			
SIALORREA				OTRO *			

* ¿CUÁL?

FECHA DE LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA
DIA MES AÑO		
10 11 25	Claudia Gonzalez 1121043 352	Alfonso B.
14 11 25	Claudia Gonzalez 1121043 352	Alfonso B.
18 11 25	Claudia Gonzalez 1121043 352	Alfonso B.

ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACION	SANO <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	PRESENTO SINTOMATOLOGIA COMPATIBLE CON RABIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	--

OTRAS OBSERVACIONES
Animal observado durante los seguimientos no presenta
Sintomatología compatible con el virus de rabia.

FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA	DIA MES AÑO	NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA
26 11 2025		Juan Perez Rueda



