

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006																	
														VERSIÓN	001																
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	23	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2690		Sam 24																			
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	16	MES	06	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA:		CS siloe																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS						Jose Orlando Lopez Cortes				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		16778353																			
DOMICILIO						cl40 1-25°				BARRIO		Peñon																			
										N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL																					
EDAD						56				COMUNA		3																			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS						Adriana caballero				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD																					
DOMICILIO						cl4 oeste 125				BARRIO																					
										N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL																					
										COMUNA																					
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																	
CANINO	☒	FELINO	☐									MACHO		☐																	
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN																	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PERDIDA 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						
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	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:							
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: EDIFICIO "KORINTIAS" : Caso mordedura canino - se realizo visita No contesta llamada _____ ADMINISTRACION																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA									
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				X				17. Se deja citacion 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								10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
Grupo Ambiente y salud Enfermedades zoonoticas Carlos Guzman- Contratista.																															