

 ALCALDIA 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		DIA: 23	MES: 06	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2693 Sam 24	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DIA: 19	MES: 06	AÑO:	UPGD QUE REPORTA:		H.O.V.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Maycol Alexander Ocampo Marin			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1096039631		EDAD: 11	
DOMICILIO: Kra 18 1-13			BARRIO: San Nicolas		COMUNA: 3	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Natalia Ocampo Marin			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		EDAD:	
DOMICILIO: Kra 18 143			BARRIO:		COMUNA:	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	☒	FELINO	☐	Sultan		Siberiano		MACHO	☒	HEMBRA	☐
COLOR: Blanco Cafe		TAMAÑO: X	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA: 20 01 26	VACUNADO POR: Juliette	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL: MP 371 SS		PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA: X	ANTEJARDÍN:	CALLEJERO:

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	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
	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:	
---------------------------	--

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

26-06-2026. : Afectado fue a recoger un pedazo de comida que se le habia caido y canino lo agredio brazo boca y ojo derecho agresion multiple.
 Canino fue llevado a una finca.

* Natalia Ocampo M
1096039631

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	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	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 de enfermedades zoonoticas
 Carlos Guzman- Contratista

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.