

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										Apoyo MMDS01.03.11.P003.F006			
														VERSIÓN		001	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 23	MES: 06	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2746		Sam 24	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 14	MES: 06	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA:		Sora Pasoancho			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Yoimi Fernanda Rodriguez Castillo			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1144184107			EDAD	36		
DOMICILIO	Cl40A 4965			BARRIO	Mariano R.			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3196473380		
COMUNA		16									

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Wilson Cortes			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD			
DOMICILIO	Kra 47 18-50			BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL			
COMUNA											

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD				
CANINO	☒	FELINO	☐																	
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		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:

: Direccion errada- no contesta llamada.

*

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 Ambiental y salud enfermedades zoonóticas
Carlos Guzman- Contratista.