

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

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 23	MES: 06	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2749 Sam #23	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 11	MES: 06	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA:	Urgencias cali	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Matthias Rivas Parra			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1110379261	EDAD	6
DOMICILIO	Cra 67A 23B 48.	BARRIO	Ciudad 2000	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3177761031	COMUNA	16.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Daniela Parra			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 67A 33B 48	BARRIO	Ciudad 2000	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	☒ FELINO			Bella		mz.		☒ MACHO ☐ HEMBRA		4m.	
COLOR	Urgo café	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:	Provocado
-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

: Afectado se lo acostó encima cuando canino estaba dormido, y este lo agredió ojo izquierdo

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA	
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 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

Grupos Ambiente y salud de enfermedades zoonóticas

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.

Página 1 de 1