



INFORME SOBRE MORDEDURAS DE ANIMALES

Este formulario se proporciona a través de un esfuerzo cooperativo entre su centro de atención médica y el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion con el fin de cumplir con la ley estatal con respecto a la notificación de todas las mordeduras de animales potencialmente rabiosos. Debe ser completado por la víctima, o por un adulto que la acompañe, en el momento de la visita al centro médico. **Por favor, rellene este formulario completamente. Es muy importante proporcionar su número de teléfono o un número de teléfono de mensaje.** Este formulario se enviará a la Salud Ambiental del Condado de Marion para el seguimiento del Programa de Control de la Rabia.

LLENE LOS FORMULARIOS COMPLETAMENTE SEGÚN LO REQUERIDO POR ORS 433.340 - 433.390

IDENTIFICACIÓN DEL CASO - PERSONA MORDIDA	
Nombre: _____ Teléfono: _____	FUENTES DEL INFORME (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Veterinario <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Otra: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm Médico de la Víctima: _____ <i>(si es diferente)</i> Teléfono: _____
Dirección _____ Calle Ciudad Condado Cdo.Postal	
Correo electrónico: _____	
CONTACTO ALTERNATIVO: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Miembro del Hogar <input type="checkbox"/> Amigo	
Nombre: _____ Teléfono: _____ Indique Casa (C), Trabajo (T), Mensaje (M)	
Dirección _____ Calle Ciudad Cdo.Postal	

DEMOGRAFÍA	
SEXO <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	HISPANO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> desconocida <input type="checkbox"/> Rehusó contestar <input type="checkbox"/> otra _____
Fecha. Nac: ____/____/____ mm dd aa	
o si se desconoce, EDAD, _____	Sitios de trabajo: _____ Trabajo/grado: _____

MORDEDURA u OTRA EXPOSICIÓN
Fecha ____/____/____ Hora: _____ am pm <input type="checkbox"/> provocada <input type="checkbox"/> no provocada Describa la ubicación y naturaleza de las lesiones: _____ _____ Dirección/ubicación y circunstancias del incidente: _____

ACERCA DEL ANIMAL		
Propiedad <input type="checkbox"/> Mascota de la víctima <input type="checkbox"/> Mascota de un conocido <input type="checkbox"/> Mascota de un desconocido <input type="checkbox"/> Extraviado <input type="checkbox"/> Salvaje <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> otra _____	VACUNA ANTIRRÁBICA HX <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No vacunado <input type="checkbox"/> Vacunación vigente <input type="checkbox"/> Vacunación no al corriente Fecha ultima vacuna ____/____/____ Fabricante: _____	Descripción del animal (edad, sexo, raza, historia relevante) Dueño: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

DISPOSICIÓN DEL ANIMAL Y RECOMENDACIONES		
PLAN PARA EL ANIMAL <input type="checkbox"/> perdido en el seguimiento <input type="checkbox"/> Mantener para 10 días de observación <input type="checkbox"/> desecho/liberación (sin riesgo) <input type="checkbox"/> enviar la cabeza al laboratorio (lote) <input type="checkbox"/> enviar la cabeza al laboratorio (express) <input type="checkbox"/> consulte a Departamento de Diagnóstico Veterinario <input type="checkbox"/> cuarentena en casa <input type="checkbox"/> cuarentena en un refugio" <input type="checkbox"/> _____	RESULTADOS DE ANALISIS <input type="checkbox"/> no analizado <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> inconcluso <input type="checkbox"/> positivo LABORATORIO <input type="checkbox"/> OSPHL (Portland) <input type="checkbox"/> VDL (Corvallis) <input type="checkbox"/> CDC	Información adicional (detalles de transporte, etc.) <div style="text-align: right;">➔</div>

POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO POR FAX AL DEPARTAMENTO DE SALUD AMBIENTAL DEL CONDADO DE MARION AL 503-566-2986 o por correo electrónico a EnvironmentalHealth@co.marion.or.us



NOMBRE DEL PACIENTE

PRIMEROS AUXILIOS/SEGUIMIENTO MÉDICO PARA LA VÍCTIMA

SEGUIMIENTO DE RUTINA

- limpieza de la herida con agua y jabón
- se aplicó desinfectante
- requiere atención medica
- chequeo del estado de inmunización antitetánica
- la víctima advertida sobre el riesgo de infección
- profilaxis con antibióticos (Nota: no siempre está indicado))

PROFILAXIS DE LA RABIA POST-EXPOSICIÓN

- ¿Recomendado por el Departamento de Salud? si no
- ¿Entregada a la víctima? si no desconocido

Comentarios:

ADMINISTRATION

Remember to copy patient's name to the top of this page.

Date case report sent to OHS: ___/___/___

Completed by: _____ Date: _____ Phone: _____

Investigation sent to OHS on: ___/___/___