

INFORME DE MORDIDA DE ANIMAL

Este formulario fue creado debido a los esfuerzos colaborativos del Hospital de Salem y el Departamento de Salud del Condado de Marion para cumplir con la ley de Oregon con respecto a presentar una denuncia de mordida de animal que podría tener la rabia. La víctima o un adulto que le acompañe debe llenar este formulario de inmediato y luego un representante del hospital enviará una copia por FAX al Departamento de Salud Ambiental del Condado de Marion Programa de Control de Rabia, para que sigan investigando el caso.

FAVOR, DE LLENAR ESTE FORMULARIO POR COMPLETO DE ACUERDO CON ORS 433.340 – 433.390 Y ESCRIBA CLARAMENTE. ES MUY IMPORTANTE DAR SU NÚMERO DE TELÉFONO

La fecha de hoy _____ La fecha cuándo sucedió la mordida _____

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA:

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Nombre) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Dirección: _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

Dirección de correo (sí es diferente): _____

Número de teléfono (o de mensajes) _____

¿En que parte(s) del cuerpo fue mordido? _____

Tipo de animal que le mordió: (perro, gato, etc.) _____

Descripción del animal (color, raza, tamaño etc.) _____

INFORMACIÓN DEL DUEÑO DEL ANIMAL

Nombre completo _____
(Nombre) (Apellidos)

Dirección: _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Dirección de correo (sí es diferente) _____

Número de teléfono (o de mensajes): _____

¿El animal tiene las vacunas al corriente contra la rabia? Sí _____ No _____ No sé _____

Si las tiene, la fecha que fue vacunado _____

El lugar dónde fue vacunado _____

La fecha que vencen las vacunas _____

Nombre del informante: _____

Parentesco que tiene con la víctima: _____ Número de teléfono _____

**PLEASE FAX THIS COMPLETED FORM TO MARION COUNTY
ENVIRONMENTAL HEALTH AT 503-566-2986**