



HOJA DE REPORTE DE CASOS DE POSIBLE EXPOSICIÓN A LA RABIA

Fecha de reporte a Oficina Regional de Epidemiología: _____ Región: _____
mes/día/año

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre de persona mordida o expuesta: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____

Nombre de persona encargada (si persona expuesta es menor de edad): _____

Dirección física de la persona expuesta:

Teléfono: _____

Pueblo: _____

DATOS SOBRE EL INCIDENTE:

Fecha del incidente: _____ Lugar del incidente: _____
mes/día/año

Tipo de animal involucrado: _____ ¿Tiene dueño? Si No

Tipo de exposición: Mordedura Rasguño Otro: _____

Lugar(es) de mordedura: _____

Descripción de cómo ocurrió el incidente: _____

Nombre del dueño del animal (si aplica): _____ Teléfono: _____

Dirección física del dueño del animal: _____

DATOS DEL PROVEEDOR DE SALUD:

Nombre del Proveedor de Salud: _____

Fecha en que se atiende el caso: _____ Teléfono de Proveedor: _____
mes/día/año

Nombre del Médico que atiende el caso: _____

Nombre del Personal de Enfermería que atiende el caso: _____

Tratamiento de herida: Asepsia Antitetánica Antibióticos Otros: _____

Nota: Esta hoja debe ser completada y enviada a la Oficina Regional de Epidemiología mediante fax o medios electrónicos dentro de las primeras 24 horas de haber atendido al paciente acorde a lo establecido en la Guía de Procedimientos de Situaciones Relacionadas con el Virus de la Rabia en Puerto Rico y la Orden Administrativa de Enfermedades y Condiciones de Notificación Obligatoria del Departamento de Salud de Puerto Rico vigente.

PARA USO OFICIAL DEL PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL

Fecha de Referido a SA: _____ Fecha de informe SA a EPI: _____
mes/día/año mes/día/año

Inspector de SA asignado: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL ANIMAL:

Fecha de investigación: _____ Descripción del animal: (Sexo, Color, Raza)
mes/día/año _____

Vacunado contra la Rabia: Si No _____

Fecha de Vacunación: _____
mes/día/año _____

¿Logró el Inspector de SA encontrar el animal del incidente? Si No Realengo

Comentarios del dueño del animal: _____

Apreciación del animal del incidente por el Inspector de SA:

Agresivo: Si No | Vocalización: Buena Mala | Coordinación motora: Buena Mala

Come y puede beber agua: Si No Síntomas consistentes a Rabia: Si No

¿Se capturó el animal realengo? Si No ¿Se sacrificó el animal? Si No

¿Animal murió? Si No Se desconoce Fecha de defunción: _____
mes/día/año

¿Se colocó en aislamiento? Si No ¿Por cuánto tiempo?: _____

Estado al finalizar el periodo de observación: Sano Enfermo Murió

¿Se sometió muestra al Laboratorio de Rabia? Si No

Firma del Inspector: _____ Firma del Supervisor Regional SA: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Edif. A P.O. Box 70184, San Juan, P.R. 00936
Lic. No. 1 CLIA # 40D0672312
Tel. (787) 765-2929 Ext. 3765

| No. Espécimen | Origen | Fecha de Recibo |
|---------------|--------|-----------------|
| | | |

Anticuerpo de Rabia Fluorescente: Negativo _____ Positivo _____ Rechazado _____
Comentarios:

Fecha del Resultado: _____ Firma: _____
mes/día/año