



PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA VETERINARIA



Formulario de notificación de mordeduras de animales Instalaciones médicas

Instrucciones: Utilice este formulario para informar sobre mordeduras de animales al Programa de Salud Pública Veterinaria del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles. Para obtener más información sobre la rabia en el Condado de Los Ángeles, visite nuestro sitio web: <http://publichealth.lacounty.gov/vet>.

Fecha en que se completó el formulario: _____ Envíe el formulario completo a vet@ph.lacounty.gov O por fax al (213) 481-2375.

| 1. INFORMACIÓN DEL INFORME | | | |
|---|--|---|---|
| Fecha del informe: | Nombre del denunciante (victima, propietario, etc.): | Teléfono del denunciante: | Correo electrónico del informador: |
| 2. CENTRO QUE RECIBE EL INFORME | | | |
| Centro que presenta el informe: | Nombre del remitente: | Teléfono de la instalación: | |
| 3. PERSONA AGREDIDA | | | |
| Nombre de la víctima de la mordedura: | Apellido de la víctima: | Fecha de nacimiento: | |
| Dirección (número de edificio, nombre de la calle, número de apartamento): | | Ciudad: | Edo: |
| Teléfono de la víctima de la mordedura: | | Dirección de correo electrónico de la víctima de la mordedura: | |
| 4. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE | | | |
| Fecha de la mordedura: | Hora de la mordedura (AM/PM): | País donde ocurrió el incidente (si no es EE.UU.): | |
| Dirección donde ocurrió el incidente: | | Ciudad: | Edo: |
| Cómo ocurrió la mordedura (explique): | | | |
| 5. INFORMACIÓN SOBRE LESIONES HUMANAS | | | |
| Localización de la(s) mordedura(s) (por ejemplo, cara, pierna, mano, torso): | Lado del cuerpo afectado: <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Desc. | Fecha del tratamiento: | |
| Tipo de tratamiento: <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas <input type="checkbox"/> Vacuna antitetánica <input type="checkbox"/> Control del dolor <input type="checkbox"/> Suturas <input type="checkbox"/> Cirugía Profilaxis antirrábica | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |
| Nombre del centro/proveedor tratante: | Teléfono del proveedor: | Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nombre del hospital: |
| 6. PROPIETARIO DEL ANIMAL | | | |
| Nombre del propietario del animal: | Apellido del propietario del animal: | | |
| Dirección (número de edificio, nombre de la calle, número de apartamento/unidad): | | Ciudad: | Edo: |
| Teléfono del propietario del animal: | | Dirección de correo electrónico del propietario del animal: | |
| 7. INFORMACIÓN SOBRE EL ANIMAL MORDEDOR | | | |
| Especie de animal mordedor: <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Raza: | Edad: | Sexo del animal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Desc. |
| Nombre del animal: | Color del animal: | ¿Animal vacunado contra la rabia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. | Fecha de la última vacunación contra la rabia: |
| 8. INFORMACIÓN ADICIONAL/COMENTARIOS: | | | |
| <p><i>La víctima debe ponerse en contacto con el control de animales de su localidad si el perro implicado ha mordido varias veces o si el animal es callejero. Llame al 211 para encontrar su agencia local de control de animales.</i></p> | | | |