

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 Angeles. Para obtener más información sobre la rabia en el Condado de Los Angeles, 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 (víctima, 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:	Código postal:
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:	Código postal:
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 <input type="checkbox"/> 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:	Código postal:
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>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.</p>				