



1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____
Apellido y Nombre del Profesional: _____
Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y Nombres: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Referencia de ubicación: Domicilio: _____ Localidad: _____
Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____

3. DATOS DE EXPOSICIÓN

Fecha de la exposición ____ / ____ / ____ Fecha de primera consulta ____ / ____ / ____
Lugar donde ocurrió la exposición:
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Ámbito: rural urbano domiciliario vía pública
Tipo de exposición: Mordedura Otros _____
Región anatómica de la mordedura:
dedos manos pies cuello cara cabeza miembros torso Otros _____
Datos del animal sospechoso:
Especie animal perro gato murciélago Otro _____
Estado del animal vivo muerto desconocido
Observación antirrábica Si No

4. TRATAMIENTO

Tratamiento local de la herida Si No Sutura Si No
Administración de antibióticos Si No Cuál? _____
Tratamiento antirrábico post exposición
Vacunación Si No N° dosis indicadas _____ N° dosis aplicadas _____
Tipo de vacuna _____ Reacción adversa Si No Cuál? _____
Gamma-globulina Si No Dosis _____

Fecha ____ / ____ / ____

Firma y Sello Médico