



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