

Registro de Accidente por Mordedura



IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento de Salud			
Fecha de atención del Paciente	/ /	Hora de atención del Paciente	
Fecha de Notificación Seremi	/ /		



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

¿Extranjero sin RUN emitido en Chile?	<input type="checkbox"/>	¿RUN no informado?	<input type="checkbox"/>	RUN		
Nombres				Apellido Paterno		
Apellido Materno			Género		Previsión	
Fecha de Nacimiento	/ /	Edad		Nacionalidad		
País de origen			Dirección			
Comuna			Región		Teléfono	
E-mail						



IDENTIFICACIÓN DE MORDEDURA

Fecha Mordedura	/ /	¿La observación del animal mordedor la realizará el paciente?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Lugar donde ocurrió la Mordedura	<input type="radio"/> Dentro del recinto o vivienda	¿Inicia Vacunación?	Tipo de Mordedura		
	<input type="radio"/> En vía o espacios públicos	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Única <input type="radio"/> Múltiple <input type="radio"/>		
	<input type="radio"/> Otro _____				
Observación		Dirección			
		Comuna		Región	
		Datos de Referencia			



IDENTIFICACIÓN DEL MORDEDOR

Grupo Animal Mordedor	1- Silvestre o exposición a murciélago (Ej. Zorro, Quique, Hurón)	<input type="radio"/>
	2- Roedor o Animal de Abasto (Ej. Hámster, Conejos, Caballos, Bovino)	<input type="radio"/>
	3- Perro o Gato	<input type="radio"/>

NOTA: Si la alternativa seleccionada es 3 (Perro o Gato) completar los siguientes datos

¿Domicilio conocido?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Domicilio conocido?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Especie	Felino <input type="radio"/> Canino <input type="radio"/> Raza	Especie	Felino <input type="radio"/> Canino <input type="radio"/> Raza
Nombre		Nombre	
Tamaño	Grande <input type="radio"/> Mediano <input type="radio"/> Chico <input type="radio"/>	Tamaño	Grande <input type="radio"/> Mediano <input type="radio"/> Chico <input type="radio"/>
Dirección		Dirección	
Observaciones		Observaciones	