

División de Servicios para Animales de parte del Departamento de Salud del Condado de Monterey
Reporte de Exposición a la Rabia o Mordida de un Animal



Para Ser Completado por la Víctima o los Padres/Guardianes Legales de la Víctima

Apellido de la Víctima*: _____ Primer Nombre de la Víctima: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Otro _____
*Si es menor de edad, nombre de Padre/Guardian: _____
Domicilio Físico: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa #: _____ Teléfono Celular #: _____ Otro #: _____
Fecha de la Mordida o exposición : _____ Horario de la Mordida o exposición: _____ a.m./p.m.
Domicilio Donde la Mordida/Exposición Ocurrió: _____
Especie de Animal: Perro Gato Zorrillo Mapache Murciélago Otro: _____ Raza: _____
Nombre de animal: _____ Masculino Femenino Edad del Animal: _____ Color/Marcas: _____
Nombre del Dueño: _____
Domicilio Físico del Dueño: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa #: _____ Teléfono Celular#: _____ Otro #: _____
Por favor describa en detalle lo que la víctima y el animal estaban haciendo en el momento de la mordida o exposición:

Para Ser Completado por un Proveedor Médico

N/A or no medical attention sought

Name of Clinic/Medical Facility: _____ Treating Provider: _____
City: _____ Phone #: _____ Fax #: _____
Date of Service: _____ Time of Service: _____ a.m./p.m.
Exposure Type: Bite Scratch Other: _____ Was the skin broken? Yes No
Anatomic Location (please circle side): Hand R / L Arm R / L Leg R / L Face Other: _____
Treatment (mark all that apply): Cleaned, soap & water Cleaned, antibacterial/virucidal agent Steri-strips Sutures
 HRIG (20 IU/kg or approx. 8.6 mL for 65 kg adult) Rabies vaccine #1 (day 0) Other: _____
Signature of Medical Provider: _____ Date: _____

Para Ser Completado por Trabajador de Control Animal / Oficial de Policía

Agency: _____ Officer: _____
City: _____ Phone #: _____ Fax #: _____
Animal Rabies Vaccination Status: Not Vaccinated Vaccinated, not current Vaccinated, current Unknown
Date of last rabies vaccine: _____ Veterinarian: _____
Health Status of Animal: Alive, healthy Alive, injured Alive, ill Dead Dead, euthanized
If ill or injured, describe: _____
Quarantine/Rabies Testing Status: Animal not located Quarantined Start: _____ End: _____
 Submitted for rabies testing Not submitted for rabies testing Other: _____
Signature of Officer: _____ Date: _____

Favor de enviar por Fax el Formulario Completo a (831) 775-8085.

Monterey County Animal Services • 160 Hitchcock Rd., Salinas, CA 93908 • (831) 769-8850
Clinicians: For consultation on rabies prophylaxis, please call (831) 755-4521 or (831) 755-5100 after hours.