

Formulario aprobado  
OMB no. 0920-1011  
EXP fecha 31/03/17

## **TRABAJADOR DE ASISTENCIA SANITARIA CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN DE RABIA**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 10 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Apellidos: \_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Home Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Trabajo telefono # (\_\_\_\_) \_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

1. La edad (años)

2. Sexo: M F

3. En que Departamento trabajas? \_\_\_\_

4. ¿Cuál es tu profesión? \_\_\_\_

Describe your job: \_\_\_\_\_

5. ¿Tienes cualquier contacto físico con el paciente, sus secreciones corporales, muestras de laboratorio o tejido?

No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

Si NO, vaya al # 11

6. Cuánto tiempo pasaste con el paciente? \_\_\_\_ (horas)

7. ¿Fuiste mordido por el paciente? No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

8. ¿ Se besó por el paciente? No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

9. ¿ Estabas en contacto con cualquiera de los fluidos del paciente o secreciones a continuación?  
(Marque cada selección que se aplica)

**Si, fue en:**

Guantes de piel, etc..

1. Saliva No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

2. Las secreciones respiratorias No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

3. Cerebroespinal No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

4. No lágrimas \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

10. ¿Tuvo una herida fresca, corte u otra rotura en la piel que puede haber sido en contacto con secreciones orales del paciente?

No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_

En caso afirmativo: Localización de rotura de herida/corte \_\_\_\_  
¿Que las secreciones?

1. \_\_\_\_ De saliva
2. \_\_\_\_ De secreciones respiratorias
3. Líquido cefalorraquídeo \_\_\_\_
4. \_\_\_\_ De lágrimas

11. De las secreciones orales del paciente entró en contacto con los ojos, boca o nariz (membranas mucosas)?

No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_

En caso afirmativo: Describir las secreciones, membranas mucosas y circunstancias.

---

---

---

12. ¿Usted participa en cualquier procedimiento que se realiza en el paciente? (Incluye intubación, punción lumbar, inserción de un tubo nasogastric)

No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_

En caso afirmativo: Procedimiento: \_\_\_\_

¿Qué equipo de protección personal utilizas? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene cualquier roturas en los guantes?

No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_

13. En tu opinión, ¿cuál fue la exposición más importante? ¿Cuál fue la exposición que más le preocupa?

---

---

---

14. Previamente se ha inmunizado contra la rabia?

No \_\_\_\_ sí \_\_\_\_

¿En caso afirmativo: cuando? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Mes/año)

¿Por qué fueron inmunizados? \_\_\_\_\_

¿Que la vacuna? \_\_\_\_\_