Formulario aprobado

OMB no. 0920-1011

EXP fecha 31/03/17

**Formulario de evaluación de la exposición de rabia potencial para el hogar, compañero de trabajo y contactos de pacientes**

Nombre del entrevistador (si corresponde): \_\_\_

Correo electrónico del entrevistador: \_\_\_

Teléfono del entrevistador: \_\_\_

Fecha de entrevista: \_\_\_

Iniciando este cuestionario HD

□ Dept de salud

□ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*\*\*\*\*\****

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

casa Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

empresario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ sexo: M F

Edad: \_\_\_yrs

Si un menor de edad, el nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si es diferente que arriba:

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

casa Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: (marque todos que aplican)

Compañero □ □ amigo

Compañero de trabajo □ □ relativa

□ Otras, describa: \_\_\_

¿1. tenía ningún tipo de contacto con el paciente desde el 09/11/15?

Sí No

Si no, gracias por participar en la encuesta. No hay seguimiento adicional es necesario.

2. ¿en qué fechas desde el 09/11/15 ¿tuviste contacto con el paciente?

3. ¿hiciste alguna vez compartir alimentos o bebidas con el paciente de tal manera que saliva fresca de este paciente pudo haber venido en contacto con su boca desde el 09/11/15? (por ejemplo, compartir una copa en tanto de bebían de la misma botella/vidrio/puede al mismo tiempo, compartiendo el mismo utensilio mientras comer al mismo tiempo o compartir un sándwich que el paciente también estaba comiendo tal que la boca puede haber estado expuesta a la saliva fresca del paciente)

Sí No inseguro

¿4. compartir un cigarrillo con el paciente desde el 09/11/15?

Sí No inseguro

5. desde el 09/11/15, ¿compartir un cepillo de dientes, hilo dental u otro producto de higiene oral con el paciente?

Sí No inseguro

6. ¿beso desde 09/11/15 el paciente en la boca?

Sí No inseguro

7. ¿tuviste contacto con directo con la saliva de este paciente desde el 09/11/15?

Sí No inseguro

Si no, vaya a la pregunta #9

8. cuando usted tuvo contacto con directo con la saliva del paciente, ¿la saliva tiene contacto con cualquier piel que no estaba intacta? (por ejemplo, un estilo fresco, abrir la herida o corte no fue definitiva sobre)

Sí No inseguro

9. ¿alguna vez tuvo contacto con directo con lágrimas del paciente?

Sí No inseguro

Si no, vaya a la pregunta #11

¿10. cuando usted tuvo contacto con directo con lágrimas del paciente, este líquido tenía contacto con cualquier piel que no estaba intacta? (por ejemplo, un estilo fresco, abrir la herida o corte no fue definitiva sobre)

Sí No inseguro

11. ¿fuiste mordido por este paciente en cualquier momento desde el 09/11/15?

Sí No inseguro

Si no, vaya a la pregunta #13

12. ¿la mordedura rompe la piel?

Sí No

¿13. usted nunca se ha inmunizado contra la rabia (antes o después de una exposición potencial)?

□ No □ Sí (especificar fecha/circunstancia)

¿Que la vacuna?

¿Reciente título dibujado? ¿Resultados de la Date\_\_\_?

Un representante de salud pública de Puerto Rico estará en contacto con usted dentro de unos días para discutir si o no usted necesita profilaxis post-exposición de la rabia. Mientras tanto, si usted tiene alguna pregunta, llame al                                                                  .

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Por favor un correo electrónico a [] o por FAX a [].