

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

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)

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?

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)

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 [].