**Cuestionario de inscripción para Clínicas y refugios**

**Nombre del Proyecto: Vigilancia de Leptospirosis Canina en Puerto Rico, 2016-2017**

Esta forma les proporcionará a los coordinadores del proyecto información de sus facilidades. Por favor proporcione la información más precisa y completa como sea posible.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL** |
| Nombre de la Facilidad: Tipo de Facilidad: ☐ Clínica ☐ Refugio Dirección: Ciudad: Municipio: Zip: Nombre de Contacto: Ocupación: Teléfono: Correo Electrónico: Su facilidad tiene una computadora que se pueda usar para registrar los resultados de las pruebas?: ☐ Si ☐ NoSi hay una computadora, que programa tiene disponible? Marque todas las que apliquen. ☐Microsoft Word ☐ Microsoft PowerPoint ☐ Microsoft Excel ☐ Microsoft Access¿Su facilidad tiene fax? ☐ Si ☐ No¿Su facilidad tiene acceso a internet? ☐ Si ☐ No¿Vacunan perros para leptospirosis? ☐ Si, nombre de la vacuna(s): ☐ No Para las clínicas, ¿aproximadamente cuantos perros atiende su clínica? por ☐ semana ☐ mes¿Cuantos perros con enfermedades febriles sin causa conocida atiende su facilidad? por ☐ semana ☐ mes¿Cuantos perros diagnosticados o sospechosos de tener leptospirosis atiende su facilidad? por ☐ semana ☐mes |
| **PREGUNTAS SOLO PARA REFUGIOS** |
| **Tamaño y nivel de Actividad:**Capacidad del Refugio (# de perros que puede albergar): Promedio de perros recogidos semanalmente: ¿Con que frecuencia está lleno el refugio? ☐ Mayoría del tiempo ☐ A veces ☐ Rara vez ☐ Nunca**Origen de los perros** (proveer porcentaje apropiado):Son los perros: ☐ Entregados por el dueño: % ☐ Transferido de otra facilidad: %* Recogidos/Rescatados: % ☐ Otro, especificar , %

¿De qué comunidades se originan la mayoría de los perros? Si es posible, especificar nombre, área y porcentaje aprox.1) %2) %3) %¿Cuál es la comunidad más lejana de la cual usted recoge animales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cuidado Veterinario:**El cuidado veterinario es provisto por: ☐ Veterinario a tiempo completo ☐ Clínica Veterinaria ☐ Veterinario a tiempo parcial, con qué frecuencia semanal?  Si una clínica veterinaria provee los servicios: (referente pregunta anterior)Nombre de la clínica: Teléfono: Dirección: Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Qué tipo trabajo hace el veterinario en su refugio? Marque todas las que apliquen.* Eutanasia ☐ Consulta ☐ Esterilización/Castración ☐ Tratar enfermos/heridos ☐ Preventivos (vacunas, etc.)
 |
| **Enviar este cuestionario devuelta al Departamento de Salud de Puerto Rico vía fax al 787-751-6937 o vía correo electrónico a** **krizia.santos@salud.pr.gov.** **Gracias!** |