**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 ☐ No  Si 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.**](mailto:krizia.santos@salud.pr.gov) **Gracias!** |