

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. Gracias!

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 5 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 Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx).