

## Cuestionario de inscripción para Clínicas y refugios

### Nombre del Proyecto: Vigilancia de Leptospirosis Canina en Puerto Rico, 2016

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.)

ENVÍE UNA COPIA DE ESTE CUESTIONARIO POR FAX AL 404-471-8642 O POR CORREO ELECTRÓNICO

AL COORDINADOR DEL ESTUDIO. GRACIAS!

