

Cuestionario de enfermedad transmitida por alimentos

Fecha: _____ Hora: _____ Tomado Por: _____

Nombre del Establecimiento: _____ Domicilio: _____

Fecha el demandante comió en el establecimiento: _____ Hora de consumo: _____

Nombre del demandante: _____

Nombre del individual enfermo (si es diferente): _____

Número de personas que comieron en el establecimiento: _____

Número de personas que se enfermaron después de comer: _____

¿Hay alguien mas enfermo en el hogar? Sí No

Información sobre individual enfermo (use hoja adicional para cada individual):

Sexo: M F Fecha de nacimiento: / /

Numero de teléfono: ()

Domicilio:

Ciudad: Condado:

¿Estudiante en una universidad local? Sí No

Si es así, anote un domicilio de correo postal secundario:

(Si menor de 18) Nombre de madre:

Nombre de padre:

Fecha y hora de aparición de síntomas: / / Duración de síntomas: _____
 Mañana Tarde Noche

Síntomas: Marque todos que apliquen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (Temperature alta) | <input type="checkbox"/> Diarrea explosiva (no pudo llegar al baño) |
| <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Resfriado/escalofrió |
| <input type="checkbox"/> Diarrea con sangre | <input type="checkbox"/> Calambres abdominal |
| <input type="checkbox"/> Diarrea sin sangre | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa | |

Si tuvo diarrea, ¿Cuántas heces sueltas por día?

1-3 por día 4-6 por día 7-10 por día 10+ por día

¿Estaba la persona lo suficientemente enferma como para requerir una visita al médico?

Yes No

¿Fue la persona hospitalizada? Sí No

Si es así, cual hospital:

Fecha de visita al médico:

Fecha da admisión al hospital:

Nombre del médico visto:

¿Fue tratado con antibióticos? Sí No

Teléfono del médico:

Si es así, cual receta:

Fecha de inicio de la receta:

¿Proporcionó una muestra de heces para analizar? Sí No

Dos días antes de comer en el establecimiento

Desayuno:

Almuerzo:

Cena:

Un día antes de comer en el establecimiento

Desayuno:

Almuerzo:

Cena:

Día que comió en el establecimiento

Desayuno:

Almuerzo:

Cena:

Día después de comer en el establecimiento

Desayuno:

Almuerzo:

Cena: