

FORMULARIO 1-A Entrevista a empleados condicionales y empleados que trabajan con alimentos

La Prevención de Transmisión de Enfermedades a través de los alimentos por Empleados Condicionales o Empleados que trabajan con alimentos infectados, con énfasis en enfermedades debido a Norovirus, Salmonella Typhi (S.Typhi), Shigella spp., Enterohemorrágica (EHEC) o Escherichia coli productora de toxina Shiga (STEC) o el virus hepatitis A.

El propósito de esta entrevista es para informar a los empleados condicionales y empleados de alimentos para que avisen a la persona a cargo sobre condiciones anteriores y actuales descritas, para que la persona a cargo pueda tomar las medidas adecuadas y así evitar la transmisión de enfermedades transmitidas por alimentos.

Nombre de Empleado Condicional (letra de molde)

Nombre de Empleado que trabaja con Alimentos (letra de molde)

Dirección/ Domicilio

Teléfono durante el día: _____

Teléfono durante la tarde: _____

Fecha: _____

¿Tiene Usted alguna de los siguientes síntomas? (Seleccione con circulo una opción)

Si usted marco la respuesta 'Si', escriba la fecha de cuando sucedió

¿Diarrea? Si o No Fecha: _____

¿Vomito? Si o No Fecha: _____

¿Ictericia? Si o No Fecha: _____

¿Dolor de garganta con fiebre? Si o No Fecha: _____

¿Alguna herida o cortada infectada que está abierta y con secreción, o lesiones que tengan pus en la mano, muñeca, alguna parte del cuerpo expuesto, o cualquier herida o lesión que no esté cubierto adecuadamente? (Ejemplos: forúnculos y heridas infectadas, aunque sean pequeñas).

Si o No Fecha: _____

En el Pasado:

¿Alguna vez le han diagnosticado la enfermedad de fiebre tifoidea (S. Typhi)? Si o No

Si marco la respuesta 'Si', ¿Cuándo fue la fecha del diagnóstico? _____

¿En los últimos 3 meses, usted tomo antibióticos para fiebre tifoidea (S. Typhi)? Si o No

1. Si marco la respuesta 'Si', ¿Por cuantos días se tomó los antibióticos?

2. Si tomo los antibióticos, se terminó la receta/ cantidad de antibióticos? Si o No

Antecedentes de exposición:

1. ¿Alguna vez ha sido sospechoso de causar un brote confirmado de alguna enfermedad transmitida por los alimentos, o ha estado expuesto a uno recientemente? Si o No

Si marco la respuesta 'Si', indique la fecha del brote: _____

a. Si marco la respuesta 'Si', ¿Cuál fue la causa de la enfermedad? ¿Cumple con el siguiente criterio?

Causa: _____

i. Norovirus (última exposición durante las últimas 48 horas)

Fecha de brote de la enfermedad: _____

ii. Infección por E. coli O157:H7 (última exposición durante los últimos 3 días)

Fecha de brote de la enfermedad: _____

iii. Virus de la hepatitis A (última exposición durante los últimos 30 días)

Fecha de brote de la enfermedad: _____

iv. Fiebre tifoidea (última exposición durante los últimos 14 días)

Fecha de brote de la enfermedad: _____

v. Shigellosis (última exposición durante los últimos 3 días)

Fecha de brote de la enfermedad: _____

b. Si marco la respuesta 'Si', usted:

i. ¿Consumió alimentos relacionados con el brote? _____

ii. ¿Trabajaba en un establecimiento de alimentos que fue la fuente del brote?

iii. ¿Consumió alimentos en un evento que fue preparado por la persona que está enferma? _____

2. ¿Asistió a un evento o trabajo recientemente en un sitio donde ocurrió un brote confirmado de enfermedad? Si o No

Si marco la respuesta 'Si', ¿cuál fue la causa del brote confirmado de enfermedad?

Si la causa fue uno de los siguientes cinco agentes patógenos, ¿La exposición al agente patógeno cumple con los siguientes criterios?

a. Norovirus (última exposición durante las últimas 48 horas) Si o No

b. Infección por E. coli O157:H7 u otra EHEC/STEC (última exposición durante los últimos 3 días) Si o No

c. Shigella spp. (última exposición durante los últimos 3 días) Si o No

d. S. Typhi (última exposición durante los últimos 14 días) Si o No

e. Virus de la hepatitis A (última exposición durante los últimos 30 días) Si o No

¿Vive usted en el mismo hogar que una persona diagnosticada con norovirus, Shigellosis, fiebre tifoidea, hepatitis A o una enfermedad provocada por E. coli O157:H7 u otra EHEC/STEC?

Si o No

Fecha cuando sucedió la enfermedad: _____

3. ¿Alguno de los miembros de su familia asiste o trabaja en un sitio donde existe un brote de enfermedad confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, Shigellosis, infección por EHEC/STEC o hepatitis A?

Si o No

Fecha cuando sucedió la enfermedad: _____

Nombre, dirección y número de teléfono de su Doctor/ Medico de salud:

Nombre:

Dirección/ Domicilio:

Teléfono durante el día: _____

Teléfono durante la tarde: _____

Firma del empleado condicional _____ **Fecha:** _____

Firma del empleado de alimentos _____ **Fecha:** _____

Firma del Dueño o Representante _____ **Fecha:** _____