

# Investigación de enfermedades de origen alimenticio: Entrevista con un trabajador de la alimentación

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador de la alimentación: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Dirección particular: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Entrevistador de Salud Pública: \_\_\_\_\_ Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

*Nota para el entrevistador:* Cuando entreviste a un empleado, reúna información desde las dos semanas previas a la fecha sospechada de transmisión inicial hasta la fecha de la entrevista. Puede ser útil contar con un calendario durante la entrevista.

## **I. Rango de fecha / período en cuestión:**

\_\_\_\_\_  
Dos semanas previas ← Fecha sospechada de la transmisión inicial → Fecha de la entrevista

## **II. Antecedentes y prácticas laborales:**

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este establecimiento? \_\_\_\_\_

2. Describa su trabajo en este establecimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo trabajó en este establecimiento de servicio de comidas durante el período en cuestión? (fecha y horas trabajadas)

*(si tiene acceso a las planillas de control horario, trate de comparar las respuestas del empleado con las mismas)*

Dom \_\_\_\_\_ Lun \_\_\_\_\_ Mar \_\_\_\_\_ Mie \_\_\_\_\_ Jue \_\_\_\_\_ Vie \_\_\_\_\_ Sab \_\_\_\_\_

Dom \_\_\_\_\_ Lun \_\_\_\_\_ Mar \_\_\_\_\_ Mie \_\_\_\_\_ Jue \_\_\_\_\_ Vie \_\_\_\_\_ Sab \_\_\_\_\_

Dom \_\_\_\_\_ Lun \_\_\_\_\_ Mar \_\_\_\_\_ Mie \_\_\_\_\_ Jue \_\_\_\_\_ Vie \_\_\_\_\_ Sab \_\_\_\_\_

Dom \_\_\_\_\_ Lun \_\_\_\_\_ Mar \_\_\_\_\_ Mie \_\_\_\_\_ Jue \_\_\_\_\_ Vie \_\_\_\_\_ Sab \_\_\_\_\_

4. ¿Durante el período en cuestión, manipuló/preparó algún alimento?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**\*\* Si contestó que sí: enumere los alimentos de la tabla histórica de preparación de alimentos, al final de este formulario**

5. ¿Durante el período en cuestión comió algún alimento preparado en esta instalación?

**Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** Enumere los alimentos que comió y las fechas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Recibió entrenamiento en seguridad de alimentos en este trabajo o en algún otro?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** Describa el entrenamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Usa guantes cuando manipula alimentos listos para comer (es decir, los alimentos que no se cocinan antes de servirlos)?  **Sí**  **No**  **No sabe**

8. ¿Alguna vez tuvo contacto con alimentos listos para comer con las manos desnudas?  **Sí**  **No**  **No sabe**  
**Si contestó que sí:** Enumere los alimentos listos para comer con los cuales tuvo contacto con las manos desnudas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Describa qué pautas sigue para lavarse las manos (esto es, con qué frecuencia, cuando, antes de ponerse guantes, siempre usa jabón, cierra el grifo con una toalla de papel, etc.). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Si prepara bebidas para los clientes, describa cómo llena el vaso con hielo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Describa cómo manipula limones, limas y cualquier otro adorno para las bebidas de los clientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Qué otros trabajos tiene (además del que realiza en esta instalación)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Manipula o prepara comida en estos otros trabajos?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿Cuál es el nombre de los lugares donde manipula o prepara alimentos, y donde están ubicados?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III. Enfermedad

1. ¿Sabe si algún compañero de trabajo u otra persona tuvo una enfermedad gastrointestinal durante el período en cuestión?

**Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Durante el período en cuestión, ¿vio a algún compañero de trabajo o clientes vomitar, o escuchó sobre algún episodio de vómitos en algún lugar de la instalación?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** Describa quién vomitó, cuándo y dónde ocurrió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Durante el período en cuestión, ¿tenía algún corte en sus manos o brazos, o tenía una infección en la piel?

**Sí**  **No**  **No sabe**

4. ¿Durante el período en cuestión tenía alguno de estos síntomas?

Náuseas:	S	N	NS
Escalofríos:	S	N	NS
Fiebre:	S	N	NS (temperatura: _____)
Vómitos:	S	N	NS
Dolor de cabeza:	S	N	NS
Calambres/dolores abdominales:	S	N	NS
Dolor muscular:	S	N	NS
Diarrea:	S	N	NS
Diarrea con sangre:	S	N	NS
Otro: _____			

**Si contestó que sí a la diarrea o diarrea con sangre:**

Cantidad máxima de episodios en un período de 24 horas \_\_\_\_\_

**Si contestó que sí** a alguno de los síntomas, responda las siguientes preguntas:

¿Cuándo comenzaron los síntomas? Fecha y hora: \_\_\_\_\_

¿Cuándo finalizaron los síntomas? Fecha y hora: \_\_\_\_\_

¿Consultó con un médico o fue al hospital?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:**

¿Quién fue su médico? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Nombre de la clínica/hospital? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de la consulta? \_\_\_\_\_

¿Se tomó una muestra de las heces?  **Sí**  **No**  **No sabe** ¿Resultado del análisis? \_\_\_\_\_

¿Trabajó mientras estaba enfermo?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿En qué fechas? \_\_\_\_\_

¿Vomitó mientras estaba en el trabajo?  **Sí**  **No**  **No sabe**

¿Tenía diarrea mientras estaba en el trabajo?  **Sí**  **No**  **No sabe**

¿Notificó a su empleador que estaba enfermo?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿Su empleador modificó su trabajo?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿Cómo modificó su trabajo su empleador?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si no trabajó cuando estuvo enfermo, ¿cuándo volvió a trabajar después de estar enfermo?**  
\_\_\_\_\_

¿Había alguien enfermo en su hogar durante las dos semanas previas o posteriores a su enfermedad?

**Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿Quién estaba enfermo en su hogar? (enumere los nombres, las edades y la relación)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué síntomas experimentó/experimentaron la(s) persona(s)? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron los síntomas? Fecha y hora: \_\_\_\_\_

¿Cuándo finalizaron los síntomas? Fecha y hora: \_\_\_\_\_

¿Consultó alguna de estas personas a un médico o fue al hospital?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Se tomó una muestra de las heces?  **Sí**  **No**  **No sabe** ¿Resultado del análisis? \_\_\_\_\_

Si algún miembro de su hogar estaba/está enfermo, ¿En qué trabaja? \_\_\_\_\_

¿Alguien que vive en su hogar asiste/trabaja en cuidado infantil o trabaja en un establecimiento de servicios de comida?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿quién y lugar? \_\_\_\_\_

¿Sabe si algún compañero de trabajo u otra persona tenía una enfermedad similar durante el período en cuestión?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:** ¿quién? \_\_\_\_\_

---

**\*\* Para que lo complete Salud Pública \*\***

¿El departamento de salud está analizando a este trabajador?  **Sí**  **No**  **No sabe**

**Si contestó que sí:**

¿Se obtuvo un hisopo rectal en el lugar?  **Sí**  **No**  **No sabe**

¿Se le proporcionó al trabajador un equipo de recolección de heces?  **Sí**  **No**  **No sabe**

Fecha de entrega del equipo: \_\_\_\_\_

- Le proporcionó al trabajador instrucciones para recolectar la muestra y su tarjeta.
- Instruyó al trabajador para que entregue las heces dentro de las 48 horas o que el trabajador debe ser excluido del trabajo.

El nombre del empleado y la fecha de recolección deben estar en el envase de la muestra.

El nombre del empleado, la fecha y hora de la recolección, la fecha de nacimiento, el domicilio y el código de inicio deben estar en el formulario de presentación del laboratorio.

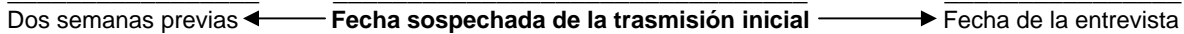


**Investigación de enfermedades de origen alimenticio:**  
**Entrevista con la gerencia del establecimiento de venta minorista de alimentos**

Nombre del establecimiento: _____	
Dirección del establecimiento: _____	
Teléfono: _____	Fax: _____
Nombre del gerente o la persona entrevistada: _____	
Entrevistador de Salud Pública: _____	Fecha de la entrevista: _____

*Nota para el entrevistador:* Cuando entreviste al gerente, reúna información desde las dos semanas previas a la fecha sospechada de transmisión inicial hasta la fecha de la entrevista. Puede ser útil contar con un calendario durante la entrevista. De acuerdo con lo que se indica, marque sí (S), no (N) o (NS) no sabe en cada pregunta. **Además de este formulario, los gerentes también deben ser entrevistados con el formulario de “entrevista con un trabajador de la alimentación”**

**I. Rango de fecha / período en cuestión:**



**II. Información general:**

1. ¿Existe una oficina corporativa este establecimiento?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Cuál es el nombre? \_\_\_\_\_

¿Quién debe ser nuestro contacto allí? \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene otras sucursales este establecimiento?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Enumere las direcciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Tuvo alguna queja **de clientes** sobre enfermedades (tales como diarrea, vómitos u otras enfermedades) después de comer en este establecimiento durante el período en cuestión?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Proporcione los nombres de los clientes y la información para comunicarse con ellos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Durante el período en cuestión, ¿vio a algún empleado o clientes vomitar en o cerca del establecimiento, o escuchó sobre algún episodio de vómitos en algún lugar del establecimiento?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Describa quién vomitó, cuándo y dónde ocurrió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa cómo se limpió el vómito, incluyendo los limpiadores/antisépticos/desinfectantes utilizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Durante el período en cuestión, ¿sabe si algún empleado tenía algún corte en sus manos o brazos, o tenía una infección en la piel?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Describa quién y la situación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Puede proporcionarme una copia del menú?  S  N  NS

7. Aproximadamente ¿Cuántas comidas se sirven en este restaurante diariamente? \_\_\_\_\_

**III. Políticas y entrenamiento:**

1. ¿Tiene una política **escrita** de licencia por enfermedad?

S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Conocen los empleados esta política?

S  N  NS

¿Puede proporcionarme una copia de la política?

S  N  NS

Describe la política: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se asegura de que los empleados cumplan con la política? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Cómo monitorea a los empleados enfermos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿La licencia por enfermedad es paga?

S  N  NS

4. ¿Saben las personas que manejan alimentos de la importancia de no trabajar mientras están enfermos con diarrea y/o vómitos?

S  N  NS

5. ¿Tiene una política **escrita** de lavado de manos?

S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Conocen los empleados esta política?

S  N  NS

¿Puede proporcionarme una copia de la política?

S  N  NS

Describe la política: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se asegura de que los empleados cumplan con la política? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Usan guantes las personas que manipulan alimentos y otro personal (como el barman, las meseras) que trabajan con alimentos listos para comer? (los alimentos listos para comer son los que no se cocinan antes de servirse, como ensaladas, emparedados, sushi, guarniciones, limones y limas en las bebidas, etc.)

S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Cómo se asegura de que el personal siga el procedimiento adecuado para el uso de guantes? \_\_\_\_\_

**Si contestó que no:** Si no se utilizan guantes, ¿Cómo evita el personal el contacto de los alimentos listos para comer, incluyendo limones y limas de guarnición, con las manos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Tiene vigente una política para lavar productos, incluyendo melones, aguacates y otros que tengan cáscara o piel, antes de cortarlos?

S  N  NS

**Si contestó que sí:** Describa la política: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Con qué frecuencia revisa las políticas anteriores con sus empleados? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿Tiene vigente un programa de entrenamiento para los empleados en seguridad de alimentos?

S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Sobre qué temas se habla? (por ejemplo, temperatura de la comida, procedimientos de enfriamiento, procedimientos de calentado, lavado de manos y desinfección, etc.)

\_\_\_\_\_

10. ¿Con qué frecuencia se revisa la seguridad de los alimentos con los empleados a largo plazo?

\_\_\_\_\_

**IV. Empleados:**

*Nota para el entrevistador:* Pídale al gerente que proporcione una lista de todos los empleados, sus tareas y su programa de trabajo y planillas de control horario durante el período de nuestro interés, en otra hoja de papel. Complete el formulario de "Investigación de enfermedades de origen alimenticio: "Entrevista con el empleado de la alimentación" con cada gerente o empleado que preparó comida durante el período en cuestión.

1. ¿Cuánto empleados en total trabajan en este establecimiento? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos empleados tienen tareas de manipulación directa de alimentos? \_\_\_\_\_

2. ¿Estuvo enfermo algún empleado durante el período en cuestión?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Alguno de estos empleados trabaja directamente con alimentos?  S  N  NS

Enumere los empleados que estaban enfermos, cuándo estuvieron enfermos, los síntomas y las tareas que realizaban en el momento de la enfermedad?

Empleado: \_\_\_\_\_ fecha de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ fecha de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

3. ¿Estuvieron trabajando en este establecimiento empleados temporales durante el período en cuestión?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Estos empleados temporales se contrataron en otro restaurante o en una agencia?  S  N  NS

¿Cuál es el nombre del restaurante o la agencia, y quiénes eran los empleados? \_\_\_\_\_

4. ¿Algún empleado de otra de sus sucursales trabajó alguna vez en este establecimiento?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Qué sucursal(es)? \_\_\_\_\_

Enumere a los empleados que trabajaron en este establecimiento durante el período en cuestión y los días/turnos trabajados:

\_\_\_\_\_

5. ¿Alguno de sus empleados trabaja en otros restaurantes o realiza otras tareas en donde manipula alimentos?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Enumere a los empleados y los otros lugares en donde trabajan (si sabe cuáles son): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Algún gerente u otro miembro del personal que normalmente no trabaja en la cocina alguna vez ayudo en la manipulación o preparación de alimentos?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Qué gerentes o personal preparó alimentos durante el período en cuestión? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Asegúrese de que estas personas sean entrevistadas con el formulario de entrevista a trabajadores de la alimentación)

**V. Agua y drenajes:**

1. ¿Cuál es el origen del agua potable o que se bebe en el establecimiento?  Municipal  Pozo  Desconocido

2. ¿Cuál es el método de disposición de las aguas residuales del establecimiento?

Alcantarilla municipal/de la ciudad  Séptico  Desconocido

3. ¿Tuvo atascos sépticos, inundación u otros problemas en las cañerías durante el período en cuestión?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Cuándo ocurrieron? \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrieron? \_\_\_\_\_

¿Cómo se limpió? \_\_\_\_\_

¿Quién los limpió? \_\_\_\_\_

Si limpiaron o repararon profesionalmente, ¿puedo ver la orden de compra y/o el recibo del trabajo?  S  N  NS

4. ¿Recientemente cambió alguna parte de las cañerías?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Qué partes se cambiaron? \_\_\_\_\_

## VI. Normas de preparación de alimentos

1. ¿Monitorea la temperatura de los alimentos cuando se cocinan?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Cómo?

\_\_\_\_\_

2. ¿Refrigera algunos alimentos?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Monitorea la temperatura cuando los refrigera?  S  N  NS

Describe el proceso de refrigeración: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Vuelve a calentar algunos alimentos?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Monitorea la temperatura cuando los vuelve a calentar?  S  N  NS

Describe el proceso de calentamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Mantiene un registro de la temperatura para algunos alimentos específicos?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Puedo obtener una copia?  S  N  NS

5. ¿Mantiene un registro de la temperatura en las unidades de refrigeración?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Puedo obtener una copia?  S  N  NS

6. ¿Deja alimentos de un día para otro?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Enumere cuáles son esos alimentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Algún alimento se prepara en otro lugar (por ejemplo, una cocina comercial, en el hogar) y se sirve en este establecimiento?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Qué alimentos? \_\_\_\_\_

¿Dónde se preparan estos alimentos? (incluir el nombre, la ubicación y el número de teléfono):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Utiliza huevos crudos en alguna comida que no se cocina? (como en salsas o aderezos que no se cocinan después de que se agregan los huevos crudos).  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Enumere los alimentos que contienen huevos crudos: \_\_\_\_\_

9. ¿Sirve alguna carne, mariscos/pescados o aves crudas o poco cocidas?  S  N  NS

**Contestó sí:** Liste la carne, los mariscos/pescados o las aves que se sirven crudas o poco cocidas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**VII. Desinfección / equipos**

1. ¿Tiene algún equipo nuevo que se instaló durante el período en cuestión?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Qué se instaló y cuándo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Qué tipo de desinfectante utiliza en las superficies que entran en contacto con los alimentos?

¿Cuál es la concentración exigida? \_\_\_\_\_

¿Tiene tiras de prueba para controlarlo?  S  N  NS

3. ¿Cómo lava los platos?

**Fregadero de tres compartimientos**  **Máquina de alta temperatura**  **Máquina con desinfectante**

**Fregadero de tres compartimientos:** Describa el proceso de lavado de platos y qué está en cada compartimiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Máquina de alta temperatura:** ¿Cuál es la temperatura exigida? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se controla la temperatura de la máquina? \_\_\_\_\_

**Máquina con desinfectante:** ¿Cuál es la concentración exigida? \_\_\_\_\_

¿Tiene tiras de prueba para controlarlo?  S  N  NS

4. ¿Tiene vigente un programa de control de plagas?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** ¿Quién lo realiza (nombre de la compañía)? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia lo realizan? \_\_\_\_\_

¿Cuándo se realizó la última visita? \_\_\_\_\_

**VIII. Otros**

1. ¿Tiene sobrantes de la comida del período en cuestión?  S  N  NS

(\***Si contestó que sí:** Salud pública debe embargar los alimentos sospechosos y guardarlos para posibles pruebas de laboratorio).

2. ¿Esta instalación brindó un catering en algún evento durante el período en cuestión?  S  N  NS

**Si contestó que sí:** Enumere los eventos, las fechas y el nombre del coordinador del evento y el número de teléfono:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Este establecimiento acepta habitualmente reservas?  S  N  NS

4. ¿Este establecimiento acepta pedidos por correo electrónico, teléfono o fax?  S  N  NS

5. ¿Este establecimiento guarda facturas y/o registros de despachos de productos alimenticios?  S  N  NS

(\* **Si contestó que sí** a las preguntas 3, 4 y 5, obtenga los documentos del período en cuestión, si están disponibles)

Otros comentarios:

---

---

---

---