



## FORMULARIO DE ENTREVISTA DE ENFERMEDADES ENTÉRICAS GENERALES: SALMONELLA Y CAMPYLOBACTER

Versión 01-2022

Departamento de Salud que informa		
Realizada por:	Departamento de Salud local (Local Health Department, LHD)	Teléfono:
Fecha del primer intento de entrevista: / /	Fecha de realización de la entrevista: / /	
<input type="checkbox"/> El caso fue entrevistado	El caso no fue entrevistado porque: <input type="checkbox"/> Inaccesible <input type="checkbox"/> Se rechazó <input type="checkbox"/> Sin teléfono que funcione <input type="checkbox"/> Otro _____	

**NOTA: Incluso si el caso no pudo entrevistarse, complete la información anterior e ingrésela en el Sistema Electrónico de Vigilancia de Enfermedades de Connecticut (Connecticut Electronic Disease Surveillance System, CTEDSS) al finalizar la entrevista.**

Información sobre el caso					
Apellido:			Nombre:		
Dirección:			Ciudad:		Código postal:
Teléfono: ( ) -	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha de recolección de la muestra: / /		Fuente:	<input type="checkbox"/> Heces <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Otra _____		
Patógeno:			Laboratorio:		

Antes de preguntar sobre su enfermedad, nos gustaría obtener información sobre su raza y etnia.

¿Cuál es su raza?     Blanca     Afroamericana     Asiática     Hawaiano Nativo / Isleño del Pacífico  
 Indígena estadounidense / nativo de Alaska     Otra \_\_\_\_\_     No sabe

¿Es usted de origen hispano/latino?     Sí     No     No sabe

Información sobre la enfermedad	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles adicionales:
¿Tuvo algún síntoma asociado a esta				Fecha y hora de la manifestación: / / : a. m. p. m.
Vómito				Fecha y hora de la manifestación: / / : a. m. p. m.
Diarrea				Fecha y hora de la manifestación: / / : a. m. p. m. Número de días que duró la diarrea:
Diarrea con sangre				
Fiebre				Temperatura máxima:
¿Todavía tiene síntomas?				En caso negativo, número total de días que duró la enfermedad:
	Sí	No	No sabe	<b>En caso afirmativo, detalles adicionales:</b>
¿Lo hospitalizaron? (Solo para los pacientes hospitalizados, no incluye la consulta en la sala de urgencias)				Nombre del hospital: Fecha de admisión: / / Fecha del alta médica: / /
Durante alguna parte de la hospitalización, ¿estuvo en una Unidad de Cuidados Intensivos (Intensive Care Unit, ICU) o en una Unidad de Cuidados Críticos (Critical Care Unit, CCU)?				

Resultado:     Sobrevivió     Murió

Información sobre la ocupación y los factores de riesgo				
¿Cuál es su ocupación?				
	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, especifique el nombre y la dirección del centro
¿Trabaja o es voluntario en un establecimiento que prepara, sirve, manipula o vende alimentos?				
Brinda atención directa al paciente fuera del hogar				
Trabaja en una guardería				
Asiste a una guardería				

Cuéntenos de otros parientes, su edad, su ocupación y si tuvieron una enfermedad semejante:					
Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Enfermo	En caso afirmativo, fecha de manifestación de síntomas
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**NOTA: Si los contactos del caso o del hogar tienen ocupaciones o realizan actividades de alto riesgo, aplique las correspondientes recomendaciones de control. Consulte el "Manual de referencia de enfermedades infecciosas"**

<b>¿Viajó a algún otro estado en los <u>siete días anteriores</u> a la enfermedad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe				
Ciudad / Estado:	Salida de Connecticut:    /    /	Regreso a Connecticut:    /    /		
Ciudad / Estado:	Salida de Connecticut:    /    /	Regreso a Connecticut:    /    /		
<b>¿Viajó fuera de los Estados Unidos en los <u>siete días anteriores</u> a la enfermedad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe				
País:	Salida de Connecticut:    /    /	Regreso a Connecticut:    /    /		
País:	Salida de Connecticut:    /    /	Regreso a Connecticut:    /    /		
En los <b>seis meses anteriores al</b> comienzo de su enfermedad, ¿viajó fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe      En caso afirmativo, indique los países.				
En los <b>seis meses anteriores al</b> comienzo de su enfermedad, ¿algún miembro de su familia viajó fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe      En caso afirmativo, indique los países.				
<b>¿Asistió a alguna fiesta o reunión importante (fiestas, ferias, festivales) en los siete días anteriores a la enfermedad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe				
Evento:	Ciudad:	Fecha y hora:    /    /    :    a. m. p. m.		
Alimentos consumidos:				
<b>¿Ingerió comida de algún restaurante en los siete días anteriores a la enfermedad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe				
Nombre:	Ciudad:	Fecha y hora:    /    /    :    a. m. p. m.		
Alimentos consumidos:				
Nombre:	Ciudad:	Fecha y hora:    /    /    :    a. m. p. m.		
Alimentos consumidos:				
Nombre:	Ciudad:	Fecha y hora:    /    /    :    a. m. p. m.		
Alimentos consumidos:				
<b>¿Dónde compró los alimentos que consumió en los <u>siete días anteriores a la</u> enfermedad?</b> (incluidos mercados de agricultores, el servicio de entrega a domicilio).				
<b>Nombre de la tienda</b>		<b>Ciudad</b>		
<b>Dieta especial</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>En caso afirmativo, especifique o describa, marca o tipo:</b>
Alergias que le impiden comer ciertos alimentos				
Dieta vegetariana o vegana				
Dieta especial o restringida (pérdida de peso, cultural, religiosa)				
Si se trata de un lactante, leche de fórmula o alimentos para bebés				
<b>¿Tuvo alguna de las siguientes exposiciones en los siete días anteriores a su enfermedad?</b> <i>(Nota para el entrevistador: en caso afirmativo, haga las preguntas de seguimiento que se indican)</i>				
<b>Exposición relacionada con el agua</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>En caso afirmativo, dónde:</b>
Beber agua no tratada (manantial natural, estanque, lago, río)				
Nadar, vadear o jugar en agua no tratada (océano, lago, estanque, río, arroyo o manantial natural)				
Nadar, vadear o jugar en agua tratada (piscina, bañera de hidromasaje/spa, fuente, zona de chapoteo o parque acuático con agua tratada o clorada)				
<b>Contacto con animales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>En caso afirmativo, dónde y tipo de animal:</b>
Perro				
¿Es el perro un cachorro (<1 año)?				
Gato				
Otros mamíferos de compañía (roedores, hurones, conejos, conejillos de indias)				
Reptiles y anfibios (tortugas, ranas, lagartos)				
Otras mascotas (peces, cangrejos ermitaños)				
Aves de corral vivas (pollos, pavos)				
Ganado bovino, cabras, ovejas				
Cerdos				
¿Visitó, trabajó o vivió en una granja, rancho o zoológico?				
<b>Contactos con enfermos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>En caso afirmativo, quién:</b>
Hogar o contacto cercano con diarrea				

La sección de exposición a los alimentos que figura a continuación puede omitirse si el caso viajó al extranjero durante todo el período de siete días previo a la manifestación. Si el caso estuvo fuera del país solo durante parte del período de siete días antes de la manifestación, recopile información sobre los alimentos ingeridos durante su estancia en los Estados Unidos.

**¿Comió los siguientes productos en los siete días anteriores a su enfermedad?**

(Nota para el entrevistador: en caso afirmativo, formule las preguntas de seguimiento indicadas y especifique la marca, el tipo y el lugar de compra o consumo).

<b>Carnes y mariscos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>En caso afirmativo, detalles de la comida:</b>
Pollo o alimentos que contengan pollo (charcutería, molido, cecina)				
¿Todo el pollo en casa se compró fresco?				
¿Todo el pollo en casa se compró congelado?				
¿El pollo estaba molido?				
Pavo o alimentos que contengan pavo (charcutería, molido, cecina)				
¿El pavo estaba molido?				
Carne de res o alimentos que contengan carne de res (charcutería, molida, cecina)				
¿La carne de res estaba molida?				
¿La carne molida estaba cocida a término medio o cruda?				
Carne de cerdo o alimentos que contengan carne de cerdo (charcutería, picada, cecina)				
Cordero o carnero				
Ternera				
Hígado crudo o cocido a término medio				
Paté de hígado				
Carne de caza (bisonte, alce, conejo, venado)				
Pescado o productos de pescado				
¿El pescado estaba cocido a término medio o crudo (sushi)?				
Mariscos (cangrejo, camarón, ostras, almejas)				
¿Los mariscos estaban cocidos a término medio o crudos?				
<b>Huevos y lácteos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>En caso afirmativo, detalles de la comida:</b>
Huevos				
¿Los huevos estaban cocidos a término medio o crudos?				
Alimentos elaborados con huevos crudos (mayonesa, masa de galletas)				
Leche sin pasteurizar o cruda				
Otros productos lácteos crudos (queso, yogur, helado)				
Todos los productos lácteos				
<b>Productos frescos y crudos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>En caso afirmativo, detalles de la comida:</b>
Melón				
Sandía				
Bayas, especifique el tipo:				
Lechuga, especifique el tipo:				
¿La lechuga estaba preempacada o envasada?				
¿La lechuga era la cabeza entera o de hoja suelta?				
Espinacas crudas				
Tomates crudos, especifique el tipo:				
Pepinos, especifique el tipo:				
Coles, especifique el tipo:				
Hierbas frescas, especifique el tipo:				
Otras frutas y verduras (frescas, secas, congeladas)				
<b>Otros alimentos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>En caso afirmativo, detalles de la comida:</b>
Cualquier zumo, sidra o batido no pasteurizado o crudo				
Frutos secos crudos (no tostados ni procesados)				
Mantequilla de maní o productos que contienen mantequilla de maní (galletas)				
Platos principales congelados (pasteles de carne, productos rellenos de pollo, pizza)				

Las siguientes preguntas deberían formularse para **todos los casos de Salmonella** y **Campylobacter con cepas** disponibles.

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su historia clínica y los tratamientos que ha recibido. Puede que algunas de estas preguntas no apliquen a usted, pero hay que hacérselas a todos. Su respuesta servirá para entender mejor estas infecciones y saber cómo prevenirlas mejor, especialmente en las poblaciones vulnerables.				
<b>Comorbilidades</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>En caso afirmativo, detalles adicionales:</b>
En los seis meses anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿se le diagnosticó o trató por <b>cáncer</b> (incluso leucemia o linfoma)?				
En los seis meses anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿se le diagnosticó o trató por <b>diabetes</b> ?				
En los seis meses anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿se sometió a una <b>cirugía abdominal</b> (extirpación del apéndice o de la vesícula biliar, o cualquier cirugía del estómago o del intestino grueso)?				
¿Tiene alguna enfermedad subyacente o está inmunocomprometido?				Indique:
<b>Medicamentos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>En caso afirmativo, detalles adicionales:</b>
¿Tomó <b>antibióticos</b> para esta enfermedad?				Nombre los antibióticos: Fecha de inicio: Fecha de finalización:
En los <b>30 días anteriores</b> al comienzo de su enfermedad, ¿tomó algún <b>antibiótico</b> ?				Nombre los antibióticos:
En los <b>30 días anteriores</b> al comienzo de su enfermedad, ¿tomó cualquier forma de <b>antiácido</b> (medicamentos bloqueadores, como los que se toman para la acidez estomacal, la indigestión o el reflujo gástrico, incluidos los inhibidores con bomba de protones)?				Nombre los antiácidos:
En los <b>30 días anteriores</b> al comienzo de su enfermedad, ¿tomó <b>probióticos</b> (en forma de pastillas, polvos, yogures y otros productos lácteos fermentados que contienen cultivos "vivos y activos")?				Indique:

**Eso completa la entrevista. Gracias por tomarse el tiempo de responder estas preguntas. Sus respuestas pueden ser útiles para evitar que otros se enfermen.**

#### Nombres de antibióticos

Amoxicilina	Amoxicilina/Clavulanato	Ampicilina	Augmentine	Azitromicina
Trimetoprima	Claritromicina	Ceclor	Cefaclor	Ceftriaxona
Cefixima	Cefuroxima	Cefzil	Cefprozil	Cefalexina
Cefradina	Ciprofloxacina/Cipro	Claritromicina	Dapsona	Doxiciclina
Duricef	Eritromicina	Eritromicina/sulfisoxizol	Flagyl	Floxin
Keflex	Keftab	Levofloxacina	Levoquin	Metronidazol
Norfloxacina/Norflox	Ofloxacina/Oflox	Pediazol	Penicilina/Pen VK	Septra
Suprax	Tetraciclina	Trimox	Trimetoprima/Sulfa	Zithromax/Z-Pak

#### Nombres de antiácidos

Hidróxido de aluminio	Ami-Lac	Amphojel	Axid	Carbonato de calcio
Cal-Guest	Caltrate	Suplementos a base de calcio	Dexilant	Dialume
Di-Gel	Gas-X con Maalox	Gaviscon	Gelusil	Genaton
Isopan	Maalox / Maox	Magaldrate	Hidróxido de magnesio	Masanti
Mi-Acid	Milantex	Leche de magnesia	Mintox	Mylanta
Nexium	Nizatidina	Os-Cal	Oysco	Calcio de las ostras
Pepcid	Pepto Children's	Prevacid	Prilosec	Protonix
Ri-Mag	Riopan	Roloids	Ron-Acid	Rulox
Tagamet	Tempo	Titralac	Tums	Zantac
Zegerid				

**COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ingrese los datos de la entrevista en el CTEDSS. Gracias.**