



SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD  
REGION METROPOLITANA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y PLANIFICACION SANITARIA  
SUBDEPARTAMENTO EPIDEMIOLOGIA

SERVICIO SALUD RESIDENCIA _____
SERVICIO SALUD OCURRENCIA _____
NOMBRE ESTABLECIMIENTO _____
TELEFONO NOTIFICADOR _____

## ENCUESTA DE ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS

NOMBRE \_\_\_\_\_  
CASO INDICE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

FECHA ATENCION \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ HRS.

DIA Y HORA CONSUMO ALIMENTO SOSPECHOSO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ HORAS

DIA Y HORA PRIMEROS SINTOMAS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ HORAS

ALIMENTO INGERIDO (Especificar todos) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUGAR DE CONSUMO DEL ALIMENTO (Ej.: Hogar) \_\_\_\_\_

ADQUIRIDO EN (Ej.: Feria Libre, calle, avenida, comuna) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EXISTEN RESTOS DE ALIMENTOS INCRIMINADOS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DONDE (Lugar y Dirección) \_\_\_\_\_

N° PERSONAS INTOXICADAS \_\_\_\_\_ N° EXPUESTOS \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_

HOSPITALIZADO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EXAMENES TOMADOS \_\_\_\_\_

SINTOMAS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA \_\_\_\_\_

FECHA DE NOTIFICACION A LA AUTORIDAD SANITARIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA \_\_\_\_: \_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION \_\_\_\_\_

