

1.ANTECEDENTES CASO INDICE:

NOMBRE:

DIRECCION:

RUT:

DÍA/HORA CONSUMO:

ALIMENTO SOSPECHOSO:

ADQUIRIDO EN:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

ANALISIS MUESTRAS CLÍNICAS:

EDAD:

FONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DÍA/HORA INICIO SINTOMAS:

GUARDO ALIMENTO SOSPECHOSO

SI

NO

CONSUMIDO EN:

PRONÓSTICO:

L

M

G

CUAL:

DIA/HORA ATENCIÓN:

ESTABLECIMIENTO:

NOMBRE DE PERSONAS (SANAS O ENFERMAS) QUE CONSUMIERON LOS ALIMENTOS O BEBIDAS SOSPECHOSOS	RUT (ENFER.)	EDAD	ENFERMO (SI O NO)	REQUIRIR O HOSPITALIZACIÓN (SI O NO)	FECHA Y HORA CONSUMO COMIDA SOSPECHOSA	FECHA Y HORA PRIMEROS SÍNTOMAS	PERIODO DE INCUBACIÓN	ALIMENTOS SERVIDOS EN LA COMIDA SOSPECHOSA (INDIQUE CON UNA X LOS ALIMENTOS SOSPECHOSOS)						SÍNTOMAS							
														NAUSEAS O VOMITOS	DIARREA	FIEBRE	CALAMBRE Y DOLOR ABDOMINAL	PARALISIS	HECES SANGUINOLENTAS	MAREOS	CALOR O ARDOR CARA

FECHA NOTIFICACION:

NOMBRE INVESTIGADOR: