

Cuestionario para Manejador de Alimentos

Seccion A:

Fecha: _____

Nombre: _____
(Apellido) (Primer) (Segundo O Inicial)

Fecha de nacimiento: _____ Sex: Male Female
Mes Dia Año

Domicilio: _____
(# Numero) (Calle) (Ciudad) (#Codigo Postal)

Correspondencia: _____ Misma
(# Numero) (Calle) (Ciudad) (#Codigo Postal)

Tel Casa _____ Telefono celular _____

Trabajo _____ Ciudad: _____

Trabajo _____ Posicion: _____

Quando se enferma, ¿a donde va para atenderse? _____
(Nombre de Doctor, Clinica, Hospital (si va a Mexicali))

¿Qué tan frecuente cruza la garita? Diario Semanal Mensual Ocasionalmente Nunca

Seccion B:

1. ¿Tiene tos que le haya durado mas de dos semanas?
 Si contestó si, ¿cuando empezó? _____ Yes No
2. ¿Usted o alguien en su hogar tiene tuberculosis activa? Yes No
3. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con hepatitis A?
 Si contestó si, ¿fecha cuando fue diagnosticado? _____ Yes No
4. ¿Alguna vez fue vacunado contra la hepatitis A (De Adulto)? Yes No
5. ¿Algun miembro de su hogar tiene hepatitis A activa? Yes No
6. ¿Ha tenido nausea, vómito ó diarrea en las últimas 2 semanas? Yes No
7. ¿Tiene lesiones ó infecciones en la piel? Yes No
8. ¿Ha sido diagnosticado con fiebre tifoidea ó salmonelosis? Yes No

Nurse's comments: _____

Referred for medical follow-up: Yes No Medical Clearance Date: _____

Medical Staff Signature: _____