

Formulario como parte del CDC contra la *Listeria***Formulario para el Reporte de Casos**

Versión 2.0

Complete este cuestionario para todos los casos de listeriosis confirmados en el laboratorio.

La hoja de instrucciones se encuentra en un documento separado.

Remueva esta página antes de enviar el formulario al CDC

ID de cultivo aislado del laboratorio de salud pública estatal: _____	
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: ____ Código postal: _____
Números de teléfono: (casa) _____ (trab.) _____ (cel.) _____	
Hospital: _____	Hospital: _____ (si >1 hospital)
Contacto en el hospital: _____	Contacto en el hospital: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Si entrevista a un representante:	
Nombre del entrevistado: _____	
Teléfonos del entrevistado: _____	
<p>Se calcula que el tiempo que toma para la recolección de esta información es en promedio de 30 minutos por formulario; esto incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar la recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo de tiempo (o cualquier otro aspecto de esta recolección de información) y sus sugerencias para reducirlo, a la dirección CDC / ATSDR Information Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30329; ATTN: PRA (0920-0728)</p>	

Registros de los intentos de comunicación con el paciente o su representante *(opcional)*

(Esta página es para el uso exclusivo del departamento de salud; remuévala antes de enviar el formulario al CDC)

Apellido: _____

Nombre: _____

	Fecha	Hora	Persona que efectúa la llamada <small>Primera inicial y apellido</small>	Resultados* <small>(Puede incluir más de uno)</small>	Comentarios**	Plan
Llamada 1	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 2	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 3	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 4	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 5	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 6	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 7	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 8	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 9	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 10	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 11	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 12	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 13	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 14	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____
Llamada 15	__/__/__	__:__	_____	_____	_____	_____

***Código para los resultados:**

- 1 Se dejó mensaje con una persona
- 2 Se dejó mensaje en el contestador
- 3 No se dejó mensaje

****Código para los comentarios:**

- 1 Entrevista realizada con el cuestionario estándar
- 2 Se llamó nuevamente para solicitar más información
- 3 Entrevista realizada con el cuestionario complementario
- 4 Barrera del idioma, *indicar el plan*
- 5 No contestaron
- 6 Teléfono fuera de servicio; dado de baja; *indicar el plan*
- 7 Se negó a contestar

ID de caso epidemiológico estatal _____	ID de caso epidemiológico local _____	Fecha en que se llenó el formulario: ___/___/___
ID de FoodNet (si es aplicable) _____		ID de NNDSS (si hay uno) _____
Nombre del entrevistador _____ <small>primer nombre</small> _____ <small>apellido o apellidos</small> _____		
¿Se envió el cultivo aislado a un laboratorio de salud pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce Si respondió no, ¿por qué? ¿Se puede obtener aún? _____		

CASILLA 1: Datos demográficos del paciente

Estado de residencia _____	Condado _____	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Se desconoce	Edad _____ (si está asociado a un embarazo, usar la edad de la madre)
Grupo étnico: ¿Es el caso-paciente hispano, latino o de origen español? (Se puede seleccionar una o más categorías)			
<input type="checkbox"/> Sí -----> Si respondió sí: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se desconoce		<input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español (<i>especifique</i>) _____ <input type="checkbox"/> Ascendencia hispana desconocida/se negó a contestar	

Raza (Se puede seleccionar una o más categorías)		
<input type="checkbox"/> Afroamericana/negra <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico (<i>especifique</i>) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de Guam o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático (<i>especifique</i>) <input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático (<i>especifique</i>) _____	<input type="checkbox"/> Blanco (<i>especifique</i>) <input type="checkbox"/> Del Oriente Medio o Norte de África <input type="checkbox"/> No del Oriente Medio o Norte de África <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otras (<i>especifique</i>) _____ <input type="checkbox"/> Se negó a contestar

CASILLA 2: ¿Está el caso de infección por *Listeria* asociado a un embarazo? (Enfermedad en mujer embarazada, feto, o neonato ≤60 días de edad)

Sí **Si respondió sí, salte a la casilla 4.** No Se desconoce

CASILLA 3: Casos no asociados a un embarazo (Enfermedad en personas adultas no embarazadas y niños > 60 días de edad)

Tipos de muestra en las que se hizo cultivo de <i>Listeria</i> (marcar todas las que correspondan)	Fecha de recolección de la muestra (mm/dd/aaaa)	Número de ID del cultivo aislado del laboratorio de salud pública estatal (<i>Importante:</i> debe haber al menos uno, si está disponible)
<input type="checkbox"/> Sangre	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Líquido cefalorraquídeo de la madre	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>)	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>)	___/___/___	

¿Tuvo el paciente alguno de los siguientes tipos de afecciones relacionadas con la infección de *Listeria*? (marque todo lo que corresponda)

Infección del torrente sanguíneo/septicemia Meningitis Meningoencefalitis Absceso cerebral Rombencefalitis Peritonitis Neumonía Infección en herida
 Infección articular/artritis séptica Infección ósea/osteomielitis Se desconoce Otra (*especificar*) _____

¿El paciente fue hospitalizado por listeriosis? Sí No No se sabe

Si respondió sí: Fecha de admisión hospitalaria: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___ Sigue internado, a la fecha: ___/___/___

Desenlace del paciente Sobrevivió Murió Se desconoce Fecha de muerte: ___/___/___

Si murió: ¿Se incluyó listeriosis o infección por *Listeria* en el certificado de defunción? Sí No Se desconoce

Si sobrevivió: Última fecha en que se supo que estaba vivo ___/___/___

CASILLA 4: Casos asociados a un embarazo (Enfermedad en mujer embarazada, feto, o neonato ≤60 días de edad)

Tipos de muestra en las que se hizo cultivo de <i>Listeria</i> (marcar todas las que correspondan)	Fecha de recolección de la muestra (MM/DD/AAAA)	Número de ID del cultivo aislado del laboratorio de salud pública estatal (<i>Importante:</i> debe haber al menos uno, si está disponible)
<input type="checkbox"/> Sangre de la madre	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Sangre del neonato	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Líquido cefalorraquídeo de la madre	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Líquido cefalorraquídeo del neonato	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Placenta	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Líquido amniótico	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Tejido fetal	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>)	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>)	___/___/___	

Resultados del embarazo (gestación sencilla o gemelo 1) (marcar una)	Semanas de gestación	Fecha (mm/dd/aaaa)	Desenlace del embarazo (gemelo 2) (marcar una)	Semanas de gestación	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> Sigue embarazada		____/____/____	<input type="checkbox"/> Sigue embarazada		____/____/____
<input type="checkbox"/> Parto (nacido vivo) <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> No se sabe el tipo de parto		____/____/____	<input type="checkbox"/> Parto (nacido vivo) <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> No se sabe el tipo de parto		____/____/____
<input type="checkbox"/> Muerte fetal (aborto espontáneo o mortinato)		____/____/____	<input type="checkbox"/> Muerte fetal (aborto espontáneo o mortinato)		____/____/____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)		____/____/____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)		____/____/____
Tipos de enfermedad (marcar todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Bacteriemia/septicemia <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Gastroenteritis <input type="checkbox"/> Amnionitis <input type="checkbox"/> Síntomas "similares a la influenza" no específicos <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Se desconoce	Tipos de enfermedad en el neonato (gemelo 1) (marcar todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Bacteriemia/septicemia <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Se desconoce	Tipos de enfermedad en el neonato (gemelo 2) (marcar todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Bacteriemia/septicemia <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se desconoce			
¿Fue hospitalizada la madre por listeriosis? <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí: Fecha de admisión o nacimiento: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Se desconoce Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	¿Dónde fue el parto del neonato (gemelo 1)? <input type="checkbox"/> Hospital: Fecha de admisión o nacimiento: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Se desconoce Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Se desconoce	¿Dónde fue el parto del neonato 2 (gemelo 2)? <input type="checkbox"/> Hospital: Fecha de admisión o nacimiento: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Continúa hospitalizada Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Se desconoce			
	¿Fue hospitalizado el neonato (gemelo 1) por listeriosis? (puede incluir las fechas anteriores) <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí: Fecha de admisión o nacimiento: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	¿Fue hospitalizado el neonato 2 (gemelo 2) por listeriosis? (puede incluir las fechas anteriores) <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí: Fecha de admisión o nacimiento: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Desenlace de la madre <input type="checkbox"/> Sobrevivió <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Se desconoce Si sobrevivió: Última fecha en que se supo que estaba vivo ____/____/____ Si murió: ¿Se incluyó la listeriosis o <i>Listeria</i> en el certificado de defunción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Desenlace del neonato 1 (gemelo 1) <input type="checkbox"/> Sobrevivió <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Se desconoce Si sobrevivió: Última fecha en que se supo que estaba vivo ____/____/____ Si murió: ¿Se incluyó la listeriosis o <i>Listeria</i> en el certificado de defunción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Desenlace del neonato 2 (gemelo 2) <input type="checkbox"/> Sobrevivió <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Se desconoce Si sobrevivió: Última fecha en que se supo que estaba vivo ____/____/____ Si murió: ¿Se incluyó la listeriosis o <i>Listeria</i> en el certificado de defunción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			

CASILLA 5: (Opcional) Afecciones subyacentes y tratamientos (Marcar todo lo que corresponda y especificar cuando haya información disponible)		
<input type="checkbox"/> Sin afecciones, medicamentos o tratamientos subyacentes (previamente sano) <input type="checkbox"/> Cáncer/neoplasia maligna <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Hodgkiniano <input type="checkbox"/> No Hodgkiniano <input type="checkbox"/> Mieloma múltiple <input type="checkbox"/> Trastorno mieloproliferativo <input type="checkbox"/> Otro cáncer/neoplasia maligna (<i>especifique</i>) _____ <input type="checkbox"/> Diálisis renal <input type="checkbox"/> Cirrosis/enfermedad hepática avanzada <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (<i>especifique</i>) _____ <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano (<i>especifique</i>) _____	<input type="checkbox"/> Se desconoce: <input type="checkbox"/> Otras afecciones <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Arteritis de células gigantes (arteritis temporal) <input type="checkbox"/> Hemocromatosis/sobrecarga de hierro <input type="checkbox"/> VIH/sida* <input type="checkbox"/> VIH (no sida) <input type="checkbox"/> Sida <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Esplenectomía/asplenia <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Otra afección (<i>especifique</i>) _____	<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Medicamento inmunodepresor <input type="checkbox"/> Corticosteroides/esteroides <input type="checkbox"/> Quimioterapia para cáncer <input type="checkbox"/> Otra terapia inmunodepresora (<i>especifique</i>) _____ <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol <input type="checkbox"/> Consumo de drogas inyectadas (p. ej., heroína) <input type="checkbox"/> Medicamentos para inhibir el ácido estomacal (p. ej., Maalox, Zantac, Prilosec, Nexium) (<i>especificar los medicamentos, si hay información está disponible</i>): _____ *Tome en cuenta que las regulaciones en algunos estados no permiten reportar si la persona tiene VIH

<p>¿Se pudo entrevistar al paciente o a su representante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si no se pudo, ¿por qué? <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/> No se pudo contactar <input type="checkbox"/> Barrera del idioma <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____</p>
--

Si no puede entrevistar al paciente ni a su representante, y no hay información disponible sobre la exposición relacionada con alimentos, presente a los CDC solamente las páginas 3 a 5 de este formulario.
(También incluya la página 6 si se pudieron registrar síntomas asociados con la listeriosis)

Envíe los formularios completos a la siguiente dirección:
Enteric Diseases Epidemiology Branch, Centers for Disease Control and Prevention
Mailstop C-09
Atlanta, GA 30329.
Fax: (404) 639-2205; correo electrónico: Listeria@cdc.gov.

1. Entrevista con el paciente:	Encuestador: En las siguientes preguntas e instrucciones para los entrevistados, el texto "<caso>" se usa en lugar de "usted/él/ella", y "<su>" es usado como pronombre posesivo para "usted/él/ella". Para los casos asociados a un embarazo, la madre es el caso-paciente y a ella se le debe preguntar sobre su historial alimentario durante las 4 semanas anteriores al parto.		
1. Fecha de la entrevista ____/____/____	2. El entrevistado era el <input type="checkbox"/> Caso-paciente <input type="checkbox"/> Representante <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Ninguno disponible (solo revisión de historia clínica) <i>Si es el representante, relación con el paciente:</i> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____		
3. ¿Cuándo comenzó <su> enfermedad? (Comienzo de la enfermedad) ____/____/____ <input type="checkbox"/> No es aplicable (p. ej., mujer embarazada sin enfermedad clínica)			
4. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, fue <caso> admitido a un hospital (es decir, pasó por los menos una noche allí)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>Si respondió sí, nombre del hospital</i> _____ Fecha de admisión: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Continúa hospitalizado		5. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, ¿era <caso> un residente en un hogar de ancianos u otro tipo de establecimiento de cuidados prolongados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>Si respondió sí, nombre del establecimiento</i> _____ Fecha de admisión: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Continúa residiendo en el establecimiento	
6. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, ¿viajó <caso> a otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>Si respondió sí, anote los estados visitados</i> _____		7. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, ¿viajó <caso> fuera de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>Si respondió sí, nombre de los países visitados</i> _____ <i>Si respondió sí, fecha de la salida de los EE. UU.</i> ____/____/____ Fecha de regreso a los EE. UU. ____/____/____	
8. ¿Cuáles de los siguientes síntomas estaban asociados con la enfermedad? (lea cada uno) (pregúntele a la madre los síntomas si el caso estaba asociado con un embarazo o era en un neonato ≤ 60 días de edad)			
Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Diarrea (≥3 deposiciones flojas/día) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Trabajo de Parto prematuro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No es aplicable Dolores musculares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Rigidez de cuello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Estado mental alterado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Otro (especifique) _____ Otro (especifique) _____	
2. Historial alimentario Encuestador: En esta sección, "caso" se refiere al paciente excepto cuando el paciente sea un neonato ≤60 días; en ese caso las preguntas se aplican a la madre.			
<i>"Me interesan los alimentos que <caso> comió durante las cuatro semanas anteriores a <su> enfermedad/parto, que veo que fue el ____/____/____. Durante casi toda la entrevista, las preguntas que le haré se referirán a las 4 semanas anteriores a esa fecha, desde el ____/____/____ (fecha correspondiente a 4 semanas antes) hasta el ____/____/____. Podría resultarle útil consultar un calendario, si es posible."</i>			
1. ¿Tenía <caso> alguna alergia que lo hizo evitar ciertos alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe 1a. <i>Si respondió sí: ¿Qué alimentos?</i> <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Frutos secos (nueces) <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		2. ¿Seguía <caso> una dieta vegetariana o vegana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe 2a. <i>Si respondió sí, ¿cuál?</i> <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Vegana	
3. ¿Seguía <caso> una dieta especial o restringida (médica, de adelgazamiento, religiosa, cultural) o hay algún tipo de alimento que <caso> no comía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe 3a. <i>Si respondió sí: Describe:</i> _____			
Historial de compra de alimentos (las listas de los tipos de tienda y restaurante a continuación tienen por objeto ayudar al encuestado a responder)			
A. Fuentes de los alimentos en casa: "Ahora tengo varias preguntas para hacerle sobre el lugar de donde vinieron los alimentos que <caso> comió en su casa en las 4 semanas anteriores a que comenzara <su> enfermedad. Voy a nombrar varios tipos de tienda. Para cada tipo, dígame el nombre de cada tienda de la que <caso> haya comido alimentos durante las 4 semanas anteriores a enfermarse. ¿Comió <caso> alimentos de los siguientes lugares?"			
<ul style="list-style-type: none"> • Tiendas de comidas o supermercados • Tiendas mayoristas, como Costco o Sam's Club • Tiendas pequeñas/minimercados (de conveniencia, estaciones de servicio, etc.) 		<ul style="list-style-type: none"> • Mercados de especialidades étnicas (p. ej., mexicanas, asiáticas) • Mercados agrícolas • Tiendas de internet o alimentos recibidos por correo 	
		• ¿Comió <caso> alimentos en su casa provenientes de algún otro lugar durante las 4 semanas anteriores a enfermarse?	
Nombre de la tienda		Ubicación (dirección, ciudad, estado)	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

A. Queso (Continúa)	Comió = 1	Prob. Comió = 2	Prob. No comió = 3	No comió = 4	No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	¿Hecho con leche cruda? (marque uno)	Lugar donde se compró o consumió
- Queso fresco	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Queso blanco	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Queso casero	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Cuajada	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Asadero	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Cotija	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Panela	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Queso ranchero	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Requesón	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Oaxaca	1	2	3	4	99		S N No sabe	
- Otro queso de estilo mexicano o latino (especifique)	1	2	3	4	99		S N No sabe	
Otro queso blando (que no sea crema, cottage o ricotta); especificar el tipo	1	2	3	4	99		S N No sabe	
Cualquier queso hecho con leche cruda/sin pasteurizar	1	2	3	4	99		S N No sabe	
Cualquier otro queso (especifique) _____	1	2	3	4	99		S N No sabe	
B. Otros lácteos	Comió = 1	Prob. Comió = 2	Prob. No comió = 3	No comió = 4	No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió	
<i>"Ahora me gustaría preguntarle sobre otros productos lácteos que <caso> comió en las 4 semanas anteriores a enfermarse".</i>								
Leche	1	2	3	4	99			
<i>Si respondió 1 o 2, ¿estaba esta leche cruda (sin pasteurizar)?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe								
- Entera	1	2	3	4	99			
- 2%	1	2	3	4	99			
- 1%	1	2	3	4	99			
- Descremada	1	2	3	4	99			
- Otro tipo de leche (p. ej., chocolate, agria)	1	2	3	4	99			
Leche vegetal (p. ej., soja, almendra; especifique)	1	2	3	4	99			
Yogur helado	1	2	3	4	99			
Yogur	1	2	3	4	99			
<i>Si respondió 1 o 2, ¿estaba este yogur crudo (sin pasteurizar)?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>Especifique el tipo, si respondió sí</i> _____								
Bebidas de yogur	1	2	3	4	99			
Mantequilla (que no sea margarina ni otro sustituto)	1	2	3	4	99			
Crema o combinación de leche y crema	1	2	3	4	99			
Helatos de paleta, batidos o postres lácteos de helados	1	2	3	4	99			
Helado	1	2	3	4	99			
<i>¿Estaba el helado semiderretido?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe								
Crema agria o crema	1	2	3	4	99			

C. Pescados y mariscos	Comió = 1 = 1	Prob. Comió = 2 = 2	Prob. No comió = 3 = 3	No comió = 4 = 4	No sabe = 99 = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre los pescados y mariscos que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".</i>							
Camarón precocido	1	2	3	4	99		
Mariscos precocidos (p. ej., cangrejo, mejillones, almejas; especifique)	1	2	3	4	99		
Pescado ahumado o curado, refrigerado, que no estaba enlatado (p. ej., salmón ahumado)	1	2	3	4	99		
Cualquier pescado o marisco crudo, incluso sushi	1	2	3	4	99		
Pescados y mariscos procesados y congelados (p. ej., palitos de pescado o pescado empanizado)	1	2	3	4	99		
D. Salsas y alimentos para untar (aderezos)	Comió = 1 = 1	Prob. Comió = 2 = 2	Prob. No comió = 3 = 3	No comió = 4 = 4	No sabe = 99 = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre las salsas y los alimentos para untar que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".</i>							
Hummus	1	2	3	4	99		
Salsa o pico de gallo frescos, refrigerados (no de frasco o lata)	1	2	3	4	99		
Guacamole	1	2	3	4	99		
Otras salsas o alimentos para untar (especifique)	1	2	3	4	99		
E. Fruta	Comió = 1 = 1	Prob. Comió = 2 = 2	Prob. No comió = 3 = 3	No comió = 4 = 4	No sabe = 99 = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre las frutas frescas, congeladas o deshidratadas, pero no enlatadas o cocidas que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse". Nuevamente, me interesa saber sobre la fruta fresca, congelada o deshidratada".</i>							
Manzanas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
	Si respondió 1 o 2, ¿ya estaban cortadas en rodajas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Manzanas caramelizadas	1	2	3	4	99		
Uvas	1	2	3	4	99		
Uvas pasas	1	2	3	4	99		
Peras	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Duraznos	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Nectarines	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Damascos/albaricoques	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Ciruelas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Fresas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Frambuesas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Arándanos azules	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Moras	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Cerezas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Melón verde	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿ya estaban cortadas en rodajas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						

E. Fruta (Continúa)	Comió = 1 Prob. Comió = 2 Prob. No Comió = 3 No Comió = 4 No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
Melón cantalupo	1 2 3 4 99 <i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaban cortadas en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Sandía	1 2 3 4 99 <i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaban cortadas en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Piña	1 2 3 4 99 <i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaban cortadas en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Mango	1 2 3 4 99 <i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaban cortadas en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Papaya/ fruta bomba	1 2 3 4 99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Aguacate o palta (inclusive el guacamole casero)	1 2 3 4 99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Ensalada de frutas (incluidas ensaladas de una sola fruta partida en cubos)	1 2 3 4 99		
Otra fruta (<i>especifique</i>)	1 2 3 4 99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Sorbete de fruta	1 2 3 4 99		
F. Contacto con animales	Contactó = 1 Prob. Contactó = 2 Prob. No Contactó = 3 No Contactó = 4 No sabe = 99	Tipo de alimento para animales o mascotas	Lugar del contacto o de la compra
<i>"Ahora tengo tres preguntas sobre el contacto con animales que <caso> pudo haber tenido en las 4 semanas anteriores a enfermarse."</i>			
¿Visitó un zoológico interactivo, una granja u otro lugar con ganado, como vacas, ovejas, cabras, etc.?	1 2 3 4 99		
¿Alimentó a un gato o perro con comida <u>cruda</u> para mascotas (comidas para mascotas que se comercializa cruda)?	1 2 3 4 99		
¿Alimentó a un gato o perro con bocadillos refrigerados, congelados o congelados en seco para mascotas?	1 2 3 4 99		
G. Carnes frías (fiambres)	Comió = 1 Prob. Comió = 2 Prob. No comió = 3 No comió = 4 No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Para esta sección, le voy a preguntar sobre las carnes frías que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse."</i>			
Jamón	1 2 3 4 99 <i>Si respondió 1 o 2, ¿Compró este producto del mostrador de carnes frías?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Boloña/Mortadela	1 2 3 4 99 <i>Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Pechuga de pavo	1 2 3 4 99 <i>Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		

G. Carnes frías (fiambres) (Continúa)	Comió <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Prob. Comió <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Prob. No comió <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No comió <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
Fiambre de pollo (pollo que NO sea fresco ni rostizado)	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Rosbif	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Pastrami o picadillo de res	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Liverwurst o braunschweiger	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Paté o carne para untar no enlatados	1 2 3 4 99		
Queso de cabeza	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Pepperoni	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Cualquier otro tipo de carne estilo italiano, como salame o jamón crudo	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Otros carnes frías/fiambres (especifique)	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Cualquier alimento que se encuentre en el lugar donde se cortan las carnes frías	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
H. Otras carnes/ carnes de ave de corral	Comió <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Prob. Comió <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Prob. No comió <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No comió <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre otros tipos de carnes y las aves de corral, inclusive alimentos listos para comer, que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse"</i>			
Salchicha o chorizo precocido	1 2 3 4 99		
Pollo precocido (entero o en piezas, incluido el pollo rostizado)	1 2 3 4 99		
Otra carne precocida (especifique)	1 2 3 4 99		
Carnes curadas o deshidratadas (p. ej., jerky)	1 2 3 4 99		
Perros calientes o salchichas	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿cómo estaban los perros calientes? <input type="checkbox"/> Calentados antes de ser comidos <input type="checkbox"/> No estaban calentados antes de ser comidos (comidos directamente del empaque) <input type="checkbox"/> No sabe		
Carnes de aves de corral procesadas y congeladas (p. ej., trocitos de pollo empanizado o pastel de pavo; (especifique)	1 2 3 4 99		
Carne molida de pollo o pavo (especifique)	1 2 3 4 99		

I. Verduras y otros productos de huerta	Comió = 1 Prob. Comió = 2 Prob. No comió = 3 No comió = 4 No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre las verduras, que no sean enlatadas ni cocidas, que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".</i>			
Germinados (incluso dentro de emparedados, ensaladas, sopas, sushi y otros alimentos)	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿cuáles de los siguientes tipos comió?		
- Alfalfa	1 2 3 4 99		
- Frijol (p. ej., mung, soja)	1 2 3 4 99		
- Trébol	1 2 3 4 99		
- Rábano	1 2 3 4 99		
- Brócoli	1 2 3 4 99		
- Mezcla	1 2 3 4 99		
- Otros germinados (especifique) _____	1 2 3 4 99		
Pepinos	1 2 3 4 99		
Arvejas/guisantes mollares	1 2 3 4 99		
Pimientos dulces (verdes, rojos, anaranjados o amarillos)	1 2 3 4 99		
Pimientos o chiles picantes, como los jalapeños o serranos	1 2 3 4 99		
Cebollín verde	1 2 3 4 99		
Apio	1 2 3 4 99		
Zanahorias pequeñas	1 2 3 4 99		
Hongos frescos	1 2 3 4 99		
Verduras crudas precortadas o mezcla de verduras (p. ej., apio, cebollas; especifique) _____	1 2 3 4 99		
Albahaca fresca	1 2 3 4 99		
Cilantro fresco	1 2 3 4 99		
Perejil fresco	1 2 3 4 99		
Otras hierbas frescas (salvia, tomillo, eneldo, etc.; especifique) _____	1 2 3 4 99		
Tomates frescos	1 2 3 4 99		
	Si respondió 1 o 2, ¿qué tipo(s) de tomates?		
- Redondo rojo	1 2 3 4 99		
- Roma	1 2 3 4 99		
- Tomate cherry/grape	1 2 3 4 99		
- Maduro en rama	1 2 3 4 99		
- Otro (especifique) _____	1 2 3 4 99		
Cualquier lechuga	1 2 3 4 99		
	Si respondió 1 o 2, ¿estaba la lechuga empacada? <input type="checkbox"/> Sí (especifique el tipo y la marca) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe _____		
	Si respondió 1 o 2, ¿qué tipos de lechuga?		
- Iceberg	1 2 3 4 99		
- Romana	1 2 3 4 99		
- Mezclun ("spring mix")	1 2 3 4 99		
- Rábano	1 2 3 4 99		

I. Verduras y otros productos de huerta (Continúa)	Comió = 1 Prob. Comió = 2 Prob. No comió = 3 No comió = 4 No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de empaque, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
- Cualquier otra lechuga (especifique)	1 2 3 4 99		
Otras verduras de hoja empacadas (p. ej., col rizada, espinaca; especifique)	1 2 3 4 99		
Ensaladas preparadas de hoja verde, que incluyen también otros ingredientes (p. ej., ensaladas Cobb, César)	1 2 3 4 99		
Otros productos de la huerta (especifique)	1 2 3 4 99		
J. Ensaladas preparadas	Comió = 1 Prob. Comió = 2 Prob. No comió = 3 No comió = 4 No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre las ensaladas preparadas que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse". No incluya ensaladas caseras, sino aquellas hechas en fábricas, restaurantes o fuera del hogar".</i>			
Ensalada de papas	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Compró este producto del mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Ensalada de pasta	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Compró en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Ensalada de huevo	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Compró en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Ensalada de atún	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Compró en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Ensalada de pollo	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Compró en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Ensalada de frijoles	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Compró en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Ensalada de mariscos	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Ensalada de repollo (cole slaw)	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Otra ensalada con carne o verduras listas para comer, no hechas en el hogar	1 2 3 4 99 Si respondió 1 o 2, ¿Cortado en el mostrador de carnes frías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Cualquier alimento de una barra de ensaladas	1 2 3 4 99		

K. Otros alimentos	Comió = 1	Prob. Comió = 2	Prob. No comió = 3	No comió = 4	No sabe = 99	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de empaque, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre otros alimentos que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse."</i>							
Licuado fresco hecho con frutas o verduras frescas o congeladas	1	2	3	4	99		
Tahini	1	2	3	4	99		
Tofu, tempeh, seitan u otro sustituto de la carne	1	2	3	4	99		
Fideos de arroz	1	2	3	4	99		
Emparedados provenientes de máquina expendedora o refrigerador autoservicio	1	2	3	4	99		
Mantequilla de maní u otras mantequillas o quesos de frutos secos	1	2	3	4	99		
Frutos secos, incluyendo los maníes, almendras y castañas de cajú	1	2	3	4	99		
Semillas, como de chía, cáñamo, lino o girasol	1	2	3	4	99		
Alimentos provenientes de otros países	1	2	3	4	99		
Cualquier alimento estacional o especial que <caso> comió durante las últimas 4 semanas _____ _____							
¿Hay algún otro alimento que <caso> comió y del cual no hemos hablado ya? _____ _____ _____ _____							
Preguntas opcionales: (Nota para el encuestador: Estas preguntas pueden ayudar en las investigaciones de los brotes y para enfocar los esfuerzos de prevención).							
1. ¿En qué país nació <caso>? <input type="checkbox"/> En los Estados Unidos o sus territorios (p. ej., Puerto Rico, Guam) <input type="checkbox"/> Fuera de los Estados Unidos (<i>especifique</i>) _____ Si nació fuera de los Estados Unidos: ¿En qué año vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? _____							
2. ¿Cuál es <su> idioma principal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Desconocido							