

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD  
DE TEXAS



TEXAS  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

DIVISIÓN DE SERVICIOS REGULADORES  
SECCIÓN DE SEGURIDAD AMBIENTAL Y DEL CONSUMIDOR  
UNIDAD DE POLÍTICAS, NORMAS Y ASEGURAMIENTO  
DE LA CALIDAD  
GRUPO DE SANIDAD PÚBLICA Y SEGURIDAD DE  
ALIMENTOS DE VENTA AL POR MENOR

MODELO DE FORMULARIOS DE SANIDAD PÚBLICA Y SEGURIDAD DE ALIMENTOS DE  
VENTA AL POR MENOR

**17 de octubre de 2006 (Revisado el 23 de febrero de 2017)**

**Formulario: Núm. 1-A - Entrevista a empleados condicionales y empleados  
alimentarios**

Sección aplicable de las Normas para Establecimientos Alimentarios de Texas (TFER):  
§228.35

Formulario 1-A. Entrevista a empleados condicionales y empleados alimentarios

Prevención de la transmisión de enfermedades a través de los alimentos por empleados alimentarios o empleados condicionales infectados, con énfasis en las enfermedades causadas por *Norovirus*, *Salmonella typhi*, *Shigella spp.*, *Escherichia coli* enterohemorrágica (EHEC) o *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC), el virus de la hepatitis A, o *Salmonella* no tifoidea

Este formulario cumple con los requisitos y la finalidad de las Normas para Establecimientos Alimentarios de Texas (TFER). La finalidad del formulario es facilitar la adopción de las TFER y la aplicación de sus disposiciones respecto a la salud de los empleados condicionales y los empleados alimentarios y a las inspecciones de los establecimientos alimentarios. El uso de este formulario no es obligatorio, pero sirve de buen ejemplo para ayudar a quienes son responsables de dirigir empleados a fin de evitar la transmisión de enfermedades a través de los alimentos.

El propósito de esta entrevista es hacer saber a los empleados condicionales y los empleados alimentarios que deben informar a la persona a cargo si han tenido o si tienen actualmente alguna de las enfermedades descritas a fin de que la persona a cargo pueda tomar las medidas apropiadas para impedir la transmisión de enfermedades por alimentos.

Nombre del empleado alimentario:				
Nombre del empleado condicional:				
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	
Número telefónico de día:		Número telefónico de noche:		
Fecha: _____				
¿Sufre usted de alguno de los siguientes síntomas?			Fecha de inicio	
1	Diarrea	Sí	No	_____
2	Vómito	Sí	No	_____
3	Ictericia	Sí	No	_____
4	Dolor de garganta con fiebre	Sí	No	_____
5	Tiene algún corte o herida infectada que esté abierta y de la cual salga secreción, o lesiones que contengan pus en las manos, las muñecas, en alguna parte del cuerpo expuesta o en otra parte del cuerpo, y dicho corte, herida o lesión no esté cubierta correctamente?	Sí	No	_____
<b><u>En el pasado:</u></b>			Fecha de inicio	
	¿Le han diagnosticado alguna vez que estuviera enfermo de fiebre tifoidea? ( <i>Salmonella typhi</i> )	Sí	No	_____
a	Si fue en los últimos 3 meses, ¿tomó antibióticos?	Sí	No	_____
b	Si tomó antibióticos, ¿se terminó todas las dosis recetadas?	Sí	No	_____
<b><u>Historial de exposición</u></b>			Fecha de inicio	
a	¿Se ha sospechado que usted causara o hubiera estado expuesto a algún brote de enfermedad confirmado reciente?	Sí	No	_____
a	Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue la causa de la enfermedad?			_____

1	<i>Norovirus</i>	la exposición fue en las últimas 48 horas	Fecha del brote: _____
2	Infección por <i>E.Coli</i> O157:H7	la exposición fue en los últimos 3 días	Fecha del brote: _____
3	Virus de la hepat	la exposición fue en los últimos 30 días	Fecha del brote: _____
4	<i>Salmonella typhi</i> (fiebre tifoidea)	La exposición fue en los últimos 14 días	Fecha del brote: _____
5	Shigelosis	La exposición fue en los últimos 3 días	Fecha del brote: _____
6	<i>Salmonella</i> no tifoidea	la exposición fue en las últimas 12 a 72 hrs.	Fecha del brote: _____

b Si la respuesta fue "Sí":

¿consumió usted alimentos implicados en el brote?      Sí    No  
 ¿trabajó en un establecimiento alimentario que fue el foco del brote?      Sí    No

¿consumió en algún evento alimentos que fueron preparados por una persona que estuviera enferma?      Sí    No

¿Asistió recientemente a un evento o trabajó en un entorno donde hubiera algún brote de enfermedad confirmado?      Sí    No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue la causa del brote confirmado de enfermedad?

Si la causa fue uno de los seis patógenos siguientes, ¿reunió la exposición al patógeno los criterios siguientes?:

1	<i>Norovirus</i>	la exposición fue en las últimas 48 horas	Sí    No
2	Infección por <i>E.Coli</i> O157:H7	la exposición fue en los últimos 3 días	Sí    No
3	Virus de la hepatitis A	la exposición fue en los últimos 30 días	Sí    No
4	<i>Salmonella typhi</i> (fiebre tifoidea)	La exposición fue en los últimos 14 días	Sí    No
5	Shigelosis	La exposición fue en los últimos 3 días	Sí    No
6	<i>Salmonella</i> no tifoidea	la exposición fue en las últimas 12 a 72 hrs.	Sí    No

¿Vive usted en el mismo hogar que una persona que haya sido diagnosticada con *Norovirus*, shigelosis, *Salmonella typhi*, hepatitis A, o enfermedad causada por E.coli O157:H7 u otra infección por EHEC o STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A?

Sí No

Fecha de inicio

¿Hay algún miembro en su hogar que asista a o trabaje en un entorno donde haya un brote confirmado de enfermedad por *Norovirus*, *Salmonella typhi*, shigelosis, infección por EHEC o STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A?

Sí No

Fecha de inicio

**Nombre, domicilio y número telefónico de su profesional de salud médico tratante:**

Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Número telefónico de día:

Número telefónico de noche:

Firma del empleado condicional:

Fecha:

Firma del empleado alimentario:

Fecha:

Firma del titular del permiso o su representante:

Fecha: