Formulario aprobado

Número de la OMB: 090-0997

Vence: 09/30/2026

**Cuestionario Nacional para la Formulación de Hipótesis *[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]* (ingresar patógeno)**

***Código de conglomerado en PulseNet: [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] (ingresar código de conglomerado)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Sección 1. Información del entrevistador y del paciente:** complete la sección 1 antes de la entrevista. | |
| 1. Núm. de ID en PulseNet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **o** Núm. de ID en WGS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Núm. de ID estatal/local/otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Fecha de la entrevista: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_   *M M D D A A A A* |  |
| 1. Información del entrevistador Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agencia u organización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. El entrevistado era: El paciente El padre o la madre El cónyuge Otro (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Estado y condado de residencia Estado \_\_\_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Edad al momento de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_\_\_  Días  Meses  Años  No se sabe | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 2. Información clínica:** ahora le haré algunas preguntas sobre su enfermedad. | | | | |
| 1. ¿En qué fecha comenzó a sentirse enfermo? \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  No se sabe   M M D D A A A A 2. Si no se sabe, ingrese la fecha de recolección de la muestra: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  No se sabe   M M D D A A A A | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | Usted (el paciente)... |
|  |  |  |  | 1. ¿Pasó la noche en el hospital debido a esta enfermedad?  Se negó a contestar |
|  |  |  |  | 1. ¿Presentó síndrome urémico hemolítico?  Se negó a contestar |
|  |  |  |  | 1. ¿Tuvo diarrea? (Definida como al menos 3 deposiciones sueltas en 24 horas)  Se negó a contestar |
|  |  |  |  | 1. ¿Ha tenido contacto cercano con alguien con diarrea o vómitos la semana previa a la enfermedad? |
|  | | | | a. ¿Cuándo comenzó a enfermarse esta persona?  Menos de 24 horas antes que usted  24 horas o más antes que usted  Después del inicio de su enfermedad  No se sabe  *Solo para el entrevistador:*  B. Si esta persona es parte del brote, ¿cuál es su Núm. de ID en PulseNet o WGS? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Se estima que la carga del público para reportar esta recolección de información es un promedio de 45 minutos para responder, e incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información.  Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que la recolección de información tenga un número de control de la OMB válido y vigente.  Envíe sus comentarios acerca de la estimación de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sus sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-0997

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 3. Viajes:** ahora le haré un par de preguntas sobre los viajes que usted (el paciente) podría haber hecho, ya sea por trabajo o por placer. Cuando yo lea cada pregunta, responda sí, no, tal vez o no puedo recordar en los 7 días previos a que usted se enfermara.   * *Si el caso pasó* ***los 7 días enteros*** *previos al inicio de la enfermedad fuera de los EE. UU., asegúrese de que estén anotados los países, las fechas del viaje y los nombres de los hoteles o complejos turísticos y* ***pase al final de la entrevista.*** * *Si el caso pasó* ***solamente******parte de los 7 días*** *previos al inicio de la enfermedad fuera de los EE. UU., complete el resto de la* ***entrevista registrando solo los alimentos comprados o consumidos dentro de los EE. UU.*** | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** |  |
|  |  |  |  | 1. En los 7 días previos a la enfermedad, ¿viajó usted (el paciente) a otro país fuera de los EE. UU.? |
|  | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ciudad y país | Fecha de llegada | Fecha de salida | Nombre del hotel o complejo turístico | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   *Enumere todos los países fuera de los EE. UU. en los que usted (el paciente) pudo haber comprado o comido algún alimento. Esto incluye lo que haya comido en aeropuertos o estaciones de bus o tren.* |
|  |  |  |  | 1. En los 7 días previos a la enfermedad, ¿viajó usted (el paciente) a otro estado en los EE. UU.? |
|  | | | | *Enumere todos los estados a los que viajó donde usted (el paciente) pudo haber comprado o comido algún alimento. Esto incluye lo que haya comido en aeropuertos o estaciones de bus o tren.*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Estado | Fecha de llegada | Fecha de salida | Nombre del hotel o complejo turístico | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| **Comentarios de la sección 3 sobre viajes.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |
| --- |
| **Sección 4. FUENTES DE LOS ALIMENTOS PREPARADOS EN LA CASA:** ahora le haré algunas preguntas sobre de dónde vinieron las fuentes de los alimentos que usted (el paciente) preparó y comió **en la casa** los 7 días previos al comienzo de su enfermedad. Primero, le preguntaré sobre de dónde vinieron los alimentos que preparó **en la casa**. Esto puede incluir tiendas de alimentos, tiendas mayoristas, mercados de agricultores, entregas a domicilio, *delis*, reuniones de intercambio, mercados étnicos o de especialidades, carnicerías, mercados de animales vivos, servicios de alimentos o comidas por suscripción o tiendas de comestibles que compró varias semanas antes pero consumió en los 7 días previos a que se enfermara. Voy a hacerle algunas preguntas sobre tiendas en las que usted (el paciente) puede haber hecho compras, además de números de tarjeta de comprador u otra información de membresía de una tienda que podría tener. Esto también puede incluir un número de comprador de alguien más en su hogar. La información de comprador para tiendas o de membresía puede ayudar a proporcionar información detallada, como marcas, variedades o fecha de compra, que podría no saber o no recordar. Usted (el paciente) también puede acceder a su historial de compras a través de una cuenta en línea. Además, le haré algunas preguntas sobre prácticas y restricciones alimentarias.  *Mensaje opcional para explicar más la tarjeta de comprador o los registros de compras: cuando comparte sus antecedentes de compras con nosotros, podemos compararlos con los de otras personas para ver si se notifica o identifica el mismo alimento. Sus antecedentes de compras solo se compartirán cuando sea necesario con personal local, estatal o federal durante la investigación. Esta información podría ayudar a resolver el brote y prevenir más enfermedades. Recuerde recolectar toda la información de comprador para tiendas o de membresía usada en el hogar. La información de comprador para tiendas o de membresía puede ser un número de tarjeta de comprador o de programa de lealtad, un número de teléfono u otro identificador que una persona podría usar cuando hace compras que permitiría que se obtenga un registro de las compras.* |
| 1. ¿Tiene usted (el paciente) alimentos halal?  Sí  No  No se sabe 2. ¿Tiene usted (el paciente) alimentos kosher?  Sí  No  No se sabe 3. ¿Sigue usted (el paciente) algún otro tipo de dieta o tiene otras restricciones alimentarias como vegana, vegetariana, libre de lácteos o gluten, etc.?   Sí  No (*si responde "sí", especifique)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. ¿Consumió usted (el paciente) comestibles comprados en línea o a través de una aplicación como Instacart, Amazon, Whole Foods, etc.?  Sí  No (*si responde "sí", especifique en la tabla más abajo)* 2. ¿Consumió usted (el paciente) alimentos proporcionados por servicios de entrega de kits de comidas o alimentos como Hello Fresh, Blue Apron, etc.?  Sí  No (*si responde "sí", especifique en la tabla más abajo)* 3. Especifique todos los otros lugares en los que usted (el paciente) podría haber hecho compras o consumido alimentos en los 7 días previos a la enfermedad (*enumere los nombres de las tiendas, las direcciones o la ubicación y el # de tarjeta de comprador, si aplica, mencionados por el entrevistado más abajo. Recuerde recolectar todas las tarjetas de comprador, los registros en línea o los pedidos en aplicaciones usados en el hogar. A veces los números de tarjeta de comprador pueden ser números de teléfono).*  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Tienda/Supermercado/**  **Servicios de suscripción** | **Dirección/Ubicación** | **Método de compra** | **Información de comprador para tiendas o de membresía** | **Registros de pedidos en línea o en aplicaciones (si aplica)** | |  |  | En persona  Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega |  | Sí  No | |  |  | En persona  Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega |  | Sí  No | |  |  | En persona  Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega |  | Sí  No | |  |  | En persona  Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega |  | Sí  No | |  |  | En persona  Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega |  | Sí  No | |  |  | En persona  Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega |  | Sí  No |  1. ¿Nos da permiso para obtener antecedentes de compras con base en su información de comprador para tiendas o de membresía y compartirlos con otros funcionarios de salud pública para ayudar con la investigación de este brote? Aunque recolectaremos sus antecedentes de compras, no divulgaremos información adicional sobre usted (el paciente) ni sobre su enfermedad.*Modifique la redacción para adaptarse a las necesidades de su estado*  Sí  No |
| **Sección 4. Nombres y ubicación de tiendas y minoristas adicionales.** |

|  |
| --- |
| **Sección 5. Fuentes de alimentos preparados fuera de la casa:** ahora tengo algunas preguntas sobre los alimentos que usted (el paciente) consumió **fuera de su casa** o que fueron preparados **fuera de su casa** como restaurantes, cadenas de comida rápida o comida para llevar. Podría ser útil revisar calendarios, estados de cuenta de tarjetas de crédito o recibos, o fotos sacadas con el teléfono para refrescar su memoria. Voy a hacerle algunas preguntas específicas acerca de dónde fueron preparados los alimentos que usted (el paciente) puede haber comido. Dígame los nombres de cada lugar en el podría haber consumido alimentos durante los 7 días previos al comienzo de su enfermedad. |
| 1. Especifique todos los restaurantes o tiendas en los que podría haber comido (servicio de mesa y comida para llevar) (*enumere los nombres, la dirección o ubicación, las fechas de las comidas y los alimentos que el entrevistado pidió o comió más abajo)* 2. ¿Consumió alimentos listos para comer de la barra de ensaladas, barra de comidas calientes o *deli* de una tienda de comestibles?  Sí  No (*si responde "sí", especifique en la tabla*) 3. ¿Consumió alimentos de un camión de comida o puesto de comidas? Sí  No (*si responde "sí", especifique en la tabla*) 4. ¿Consumió algún alimento de eventos con servicio de comidas o comidas compartidas, como fiestas, conferencias, bodas, etc.?  Sí  No (*si responde "sí", especifique en la tabla*) 5. ¿Consumió algún alimento de la cafetería de la escuela, el trabajo o un hospital?  Sí  No (*si responde "sí", especifique en la tabla*) 6. En los restaurantes y lugares de comida rápida que identificó, ¿hizo el pedido en un servicio de entrega como Uber Eats, Grub Hub o Door Dash?  Sí  No (*si responde "sí", especifique en la tabla*)  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nombre del lugar** | **Dirección o ubicación** | **Fecha de la(s) comida(s)** | **Comida que pidió/consumió** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| **Sección 5. Enumere nombres y ubicaciones de restaurantes y minoristas adicionales.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 6. CARNES, CARNE DE AVES DE CORRAL Y SUSTITUTOS:** ahora le haré algunas preguntas sobre las carnes, carne de aves de corral y sustitutos (como el tofu) que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara la enfermedad. Esto no incluye los alimentos enlatados, sino las carnes y carne de aves de corral que podrían haber estado frescas, congeladas o que podría haber consumido como parte de otro plato, como guisados, sopas, hamburguesas o sándwiches. Puede haber comido esto en su casa o fuera de la casa, como en un restaurante, o haber sido comida para llevar preparada por un restaurante o comida en un evento preparada por un servicio de comidas. Cuando lea cada alimento, dígame si comió, no comió, tal vez comió o no recuerda si comió ese alimento en los 7 días antes de enfermarse. | | | | | | | | |
| **Primero, le haré preguntas sobre el pollo y otros productos de la carne de aves de corral.** | | | | | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | | | **No** | **No sabe** | | | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pollo preparado en la casa. **Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 5** |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pollo entero 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pollo cortado en partes o trozos, como pechugas, patas, muslos o alitas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pollo molido 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Productos congelados de pollo relleno, como pollo empanado relleno con jamón y queso (*cordon bleu*), pollo Kiev, pollo relleno con brócoli y queso u otros productos de pollo relleno similares 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Productos congelados de pollo empanado, como trocitos o tiritas de pollo 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pollo preparado fuera de la casa 2. Mencione los nombres y las localidades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pollo rostizado, pollo asado o cualquier pollo precocido comprado en una tienda de comestibles o *deli* 2. Mencione los nombres y las localidades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Sí** | **Tal vez** | | | **No** | **No sabe** | | | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pavo preparado en la casa. **Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 14** |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pavo entero 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pavo cortado en trozos o partes como patas o pechugas de pavo 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pavo molido 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Otro tipo de pavo 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Pavo preparado fuera de la casa 2. Mencione los nombres y las localidades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  | | |  |  | | | 1. Otro tipo de ave de corral, como pato, gallinita o palomita 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Comentarios de la sección 6 sobre pollo y carne de aves de corral.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | | | | | |
| **Ahora le preguntaré sobre los productos de carne de res.** | | | | | | | | |
| **Sí** | | **Tal vez** | **No** | | | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? | |
|  | |  |  | | |  | 1. Carne de res preparada en la casa. Esto incluye comidas como hamburguesas, bistecs, guisados, tacos, sopas o salsas para pasta. **Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 19** | |
|  | |  |  | | |  | 1. Carne molida de res. Esto podría incluir comidas como hamburguesas, guisados, tacos, sopas o salsas para la pasta 2. ¿La compró...?:  En una bandeja  En un tubo  Como hamburguesas prehechas  Otra forma, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 5. ¿Cómo se consumió?  Cruda  Rosada o roja adentro  Bien cocida, sin rosado adentro  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Bistec, carne rostizada, carne asada u otros cortes enteros de carne de res 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. ¿Cómo se consumió?  Cruda  Rosada o roja adentro  Bien cocida, sin rosado adentro  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Carne de res preparada fuera de la casa. Esto incluye comidas como hamburguesas, bistecs, guisados, tacos, sopas o salsas para pasta. 2. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. ¿Cómo se consumió?  Cruda  Rosada o roja adentro  Bien cocida, sin rosado adentro  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Ternera 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. ¿Cómo se consumió?  Cruda  Rosada o roja adentro  Bien cocida, sin rosado adentro  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Platos de carne cruda como kitfo o tartar. 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
| **Comentarios de la sección 6 sobre carne de res.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | | | | | |
| **Ahora le preguntaré sobre la carne de cerdo, cordero y otros tipos** | | | | | | | | |
| **Sí** | | **Tal vez** | **No** | | | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? | |
|  | |  |  | | |  | 1. Carne de cerdo preparada en la casa (como cerdo entero, chuletas, lomo, asado, paleta, molida, etc.) 2. Tipo/corte:  Carne molida  Cerdo entero  Chuletas de cerdo  Costillas de cerdo   Otra, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe   1. Marca(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 2. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Cerdo preparado fuera de la casa. Esto incluye asados de cerdo, restaurantes con servicio de mesa, restaurantes de comida rápida, comida para llevar, camiones de comida, cafeterías, entregas a domicilio de restaurantes, etc. 2. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Otro tipo de carne como cordero, cabra, bisonte o carne de caza 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Otro producto de carne o carne de ave de corral que no se haya mencionado todavía; incluidas las vísceras (como el hígado, el corazón, los menudos, la lengua, los intestinos, la sangre) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
| **Comentarios de la sección 6 sobre carne de cerdo, cordero y otros tipos.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | | | | | |
| **Ahora le preguntaré sobre los productos de carne y carne de ave de corral procesadas.** | | | | | | | | |
| **Sí** | | **Tal vez** | **No** | | | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? | |
|  | |  |  | | |  | 1. Tocino 2. Tipo (res, cerdo, pavo, etc.), variedad, marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Salchichas, como las salchichas polacas, kielbasa, *Bratwurst*, chorizos para el desayuno u otro producto similar 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. *Hot dogs*  (perros calientes) o *corn dogs* (salchichas empanizadas) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. *Pepperoni*, incluso en un sándwich o una pizza | |
|  | |  |  | | |  | 1. Cualquier tipo de carne estilo italiano, como salame, jamón crudo o capicola 2. Tipo:  Salame  Jamón crudo  Capicola Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe 3. Variedad, marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No sabe 4. ¿Cómo se compró?  Prenvasado  En la sección *deli*  En un plato de refrigerios o tabla de charcutería   Palitos de salame  Otra forma, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Tiras de carne deshidratada o *jerky*, como pavo, pollo, cerdo o carne de res comprados en la tienda 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Carnes de la sección *deli* o carnes frías 2. ¿Se cortó en la sección *deli*?  Sí  No  No se sabe 3. Tipo:  Pavo  Jamón  Carne de res (como pastrami o carne al horno)  Carnes italianas (como salame o jamón crudo)  Otra, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. Variedad, marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 5. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Algún paté de hígado o *foie gras* *(especifique el tipo: pollo, carne de res, pato, cerdo, etc.)* 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe | |
| **Comentarios de la sección 6 sobre carne y carne de ave de corral procesadas.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | | | | | |
| **Ahora le haré una pregunta sobre las alternativas a la carne.** | | | | | | | | |
| **Sí** | | **Tal vez** | **No** | | | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? | |
|  | |  |  | | |  | 1. Algún sustituto de la carne a base de plantas como Impossible Meat, Beyond Meat o Morningstar 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe | |
|  | |  |  | | |  | 1. Tofu, tempe, seitán u otra alternativa a la carne 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe | |
| **Comentarios de la sección 6 sobre las alternativas a la carne.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 7. PESCADOS Y MARISCOS:** ahora le haré algunas preguntas sobre el pescado y los mariscos que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Puede haber comido esto en su casa o fuera de la casa, como en un restaurante, o haber sido comida para llevar preparada por un restaurante o comida en un evento preparada por un servicio de comidas. Esto no incluye los productos enlatados. Los pescados y mariscos podrían haber sido frescos, congelados o haber sido comidos solos, o como parte de un plato o salsa. Cuando lea cada alimento, dígame si comió, no comió, tal vez comió o no recuerda si comió ese alimento en los 7 días previos a enfermarse. | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Pescado o productos de pescado crudos o poco cocidos, como *sushi*, *sashimi*, ceviche o poke 2. Atún crudo  Sí  No  Tal vez  No sabe 3. Salmón crudo  Sí  No  Tal vez  No sabe 4. Otro pescado crudo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 5. Describa el plato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 6. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pescado (sin incluir mariscos) comprado en la tienda y preparado en la casa 2. ¿En qué estado se compró?  Congelado  Fresco  No se sabe 3. ¿Cómo se preparó?  Crudo  Poco cocido  Completamente cocido  No se sabe 4. Tipo de pescado que se comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 5. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pescado (sin incluir mariscos preparado fuera de la casa 2. ¿Cómo se preparó?  Crudo  Poco cocido  Completamente cocido  No se sabe 3. Tipo de pescado que se comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 5. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pescado ahumado o deshidratado, como salmón ahumado, *lox*, *katsuobushi* (copos de pescado bonito) o *jerky* 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Camarones o langostinos 2. Congelados  Frescos  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cangrejo, langosta o cangrejo de río 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Ostras 2. ¿Estaban crudas las ostras?  Sí  No  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Almejas, mejillones, vieiras u otro tipo de marisco 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. ¿Algún otro tipo de pescado o marisco? 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Comentarios de la sección 7 sobre pescados y mariscos.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 8. HUEVOS, LÁCTEOS Y QUESOS:** ahora le preguntaré sobre los productos con huevo, lácteos y quesos que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Los puede haber comido en su casa o afuera, como en un restaurante, comida para llevar preparada por un restaurante o comida en un evento preparada por un servicio de comidas. Cuando lea cada alimento, dígame si comió, no comió, tal vez comió o no recuerda si comió ese alimento en los 7 días previos a enfermarse. | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Huevos o algún plato con huevos preparado en la casa 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Huevos o algún plato con huevos preparado fuera de la casa 2. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Alternativas a huevos o sustitutos de huevos veganos 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cualquier cosa hecha con huevos crudos que no se cocinó por completo (masa para galletas, mezcla para pastel, salsas, helado casero, mayonesa casera, aderezo para ensalada casero, etc.) 2. Describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Leche de vaca o de otra fuente animal 2. Tipo. (vaca, cabra, etc.), variedad, marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Cruda o no pasteurizada  Sí  No  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Alternativas a la leche de fuente animal, como de almendras, avena, cáñamo, coco, nueces de la India, arroz o soya 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Algún yogur o producto tipo yogur, como kéfir 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Queso hecho con leche no pasteurizada o cruda, incluidos los quesos caseros, frescos de granja y de vendedores ambulantes 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Quesos frescos blandos 2. Queso fresco  Cotija  Feta  Queso de cabra  *Mozzarella* fresca   Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Quesos con vetas azules, como el *Bleu*, stilton o gorgonzola 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. *Brie* o camembert 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otros quesos prenvasados, rallados, cortados, en bloque, gourmet o artesanales 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Productos de queso hechos con alternativas a los lácteos, como queso de nueces de la India o queso vegano 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Comentarios de la sección 8 sobre huevos, lácteos y quesos.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 9. Verduras:** ahora le haré algunas preguntas sobre las verduras que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Los puede haber comido en su casa o afuera, como en un restaurante, comida para llevar preparada por un restaurante o comida en un evento preparada por un servicio de comidas. No incluye los productos enlatados, pero son alimentos que pudo haber comido solos o dentro de otro plato. No me interesan las verduras cultivadas en la casa. Cuando lea cada alimento, dígame si comió, no comió, tal vez comió o no recuerda si comió ese alimento en los 7 días previos a enfermarse. | | | | |
| **Primero le preguntaré sobre los tomates y las verduras de hoja verde no cultivados en la casa.** | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Tomates en la casa 2. Tipo:  Rojos redondos  Roma (ovalados)  Pequeños, que se comen enteros, tipo *grape* (uva) o *cherry*   Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe   1. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Tomates fuera de la casa, a veces servidos como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada 2. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Salsa o pico de gallo (ni de frasco ni de lata) preparados en la casa 2. Enumere los ingredientes incluidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Salsa o pico de gallo preparados fuera de la casa 2. Enumere los ingredientes incluidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_ No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Aguacate 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Guacamole 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Lechuga repollada en la casa 2. La compró  Prenvasada  Entera/Suelta  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 4. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Lechuga repollada preparada fuera de la casa, a veces servida como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada 2. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Lechuga romana en la casa 2. ¿La compró...?:  En corazones prenvasados  Picada y prenvasada  Entera o suelta   No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 4. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Lechuga romana preparada fuera de la casa, a veces servida como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada 2. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Espinaca en la casa 2. La compró  Prenvasada  En ramillete/Suelta  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 4. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Espinaca preparada fuera de la casa, a veces servida como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada 2. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Repollo 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Col rizada 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Rúcula 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Lechugas mixtas, verduras de hoja verde mixtas, u otra mezcla de lechugas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Kits prenvasados de ensalada, generalmente vendidos en una bolsa o contenedor de plástico 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otra verdura de hoja verde, como acelga suiza, mostaza de hoja, diente de león, berro   a. Tipo, variedad, marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Comentarios de la sección 9 sobre tomates y verduras de hoja verde.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |
| **Ahora le preguntaré sobre las hierbas frescas y los germinados que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Recuerde, estos podrían haber sido parte de un plato, como pesto, salsas, etc. No nos interesan las hierbas deshidratadas ni en frasco, ni las que cultivó en la casa.** | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Albahaca, a veces se usa en el pesto o para decoración 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cilantro, a veces se usa en la salsa, las comidas mexicanas, asiáticas o para decoración 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otras hierbas frescas (perejil, cebollín, eneldo, salvia, tomillo, menta etc.) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Germinados de frijol, como frijol mungo o soya, generalmente servidos en platos salteados, ensaladas asiáticas o sopas preparadas en la casa 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Germinados de frijol, como frijol mungo o soya, generalmente servidos en platos salteados, ensaladas asiáticas o sopas preparadas fuera de la casa 2. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otros microverdes o germinados (como alfalfa, tréboles, rábano daikon, etc.) en la casa 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otros microverdes o germinados (como alfalfa, tréboles, rábano daikon, etc.) fuera de la casa 2. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Plato que comió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Comentarios de la sección 9 sobre hierbas y brotes.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |
| **Ahora le preguntaré sobre otras verduras que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a su enfermedad.** | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Pepinos preparados en la casa 2. Tipo, variedad:  Mini (como los persas)  Grandes, envueltos en plástico (como los ingleses o europeos)  “Regulares” que se venden sueltos, no envueltos en plástico  Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pepinos preparados fuera de la casa 2. Lugar donde los compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Especifique el plato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Calabacín, calabaza de verano u otra calabaza "blanda" 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pimientos dulces o morrones (verde, rojo, naranja o amarillo) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pimientos dulces pequeños o tamaño refrigerio, normalmente se venden en bolsa o caja de plástico 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pimientos picantes, como jalapeños o serranos Pueden ser un ingrediente en salsa, pico de gallo, pho, ensalada o decoración 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Apio   a. Tipo, variedad, marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Zanahorias o zanahorias pequeñas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Arvejas, guisantes dulces o arvejas chinas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Brócoli 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Coliflor 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cebollas (blanca, amarilla o morada), incluso en ensaladas, salsa, pico de gallo, sándwiches o hamburguesas 2. ¿De qué color eran las cebollas?  Blanco  Morado  Amarillo   Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cebollín |
|  |  |  |  | 1. Hongos, incluidos los frescos o deshidratados 2. Tipo:  Champiñón  *Portobello*  *Shiitake*  Enoki  Oreja de madera (kikurage)   Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Fresco  Deshidratado |
|  |  |  |  | 1. Mezcla de verduras prenvasadas y precortadas, como un kit para comidas salteadas o comidas asadas |
|  |  |  |  | 1. Verduras fermentadas (como *kimchi*, *sauerkraut*) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. ¿Eran caseras?  Sí  No  No sabe |
|  |  |  |  | 1. Otras verduras (coles de Bruselas, rábanos, remolacha, nabos, hinojo, etc.) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Comentarios de la sección 9 sobre otras verduras.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 10. FRUTAS Y FRUTOS DEL BOSQUE (BAYAS):** ahora le haré algunas preguntas sobre frutas, no enlatadas, cocidas ni congeladas, que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Le preguntaré sobre las frutas congeladas después. Las puede haber comido en su casa o afuera, como en un restaurante, comida para llevar preparada por un restaurante o comida en un evento preparada por un servicio de comidas. No me interesan las frutas ni los frutos del bosque (bayas) cultivados en la casa. Cuando lea cada alimento, dígame si comió, no comió, tal vez comió o no recuerda si comió ese alimento en los 7 días antes de enfermarse. | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Manzanas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Uvas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Peras |
|  |  |  |  | 1. Duraznos |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Nectarinas |
|  |  |  |  | 1. Otras frutas con hueso (carozo), como damascos, ciruelas o cerezas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Frutas cítricas, como limones, limas, naranjas, tangerinas, toronjas (pomelos), mandarinas o clementinas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Fresas (frutillas) |
|  |  |  |  | 1. Frambuesas |
|  |  |  |  | 1. Arándanos azules |
|  |  |  |  | 1. Moras |
|  |  |  |  | 1. Otros frutos del bosque (bayas) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Melón cantalupo o melón común 2. Precortado  Sí  No  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 4. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Sandía 2. Precortada  Sí  No  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 4. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otro melón, como el melón verde o el melón Galia 2. Precortado  Sí  No  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Piña |
|  |  |  |  | 1. Mango |
|  |  |  |  | 1. Papaya |
|  |  |  |  | 1. Otra fruta comprada ya rebanada o cortada 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otra fruta (banana, kiwi, guayaba, granada, coco, fruta del dragón o pitahaya, etc.) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Jugos o cidras 2. Crudos o no pasteurizados  Sí  No  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Licuados hechos con frutas o verduras frescas o congeladas, preparados en la casa o fuera de la casa 2. Preparados en la casa  Preparados fuera de la casa, especifique el lugar de compra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Ingredientes en el licuado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Comentarios de la sección 10 sobre frutas y frutos del bosque (bayas).** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 11. ALIMENTOS CONGELADOS:** ahora le preguntaré sobre los alimentos congelados que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Puede haber comprado los alimentos congelados (en una tienda de comestibles, un restaurante o un mercado de especialidades) y haberlos preparado en la casa. Cuando lea cada alimento, dígame si comió, no comió, tal vez comió o no recuerda si comió ese alimento en los 7 días previos a enfermarse. | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Verduras congeladas 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Fruta o frutos del bosque (bayas) congelados, incluidos los usados en un licuado 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pasteles de carne congelados 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Pizza congelada 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Productos de pescado congelados (barritas o trocitos de pescado, etc.) 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Aperitivos o refrigerios congelados, como palitos de *mozzarella*, bocaditos de jalapeño relleno, burritos, bocaditos de cáscara de papa rellena o *hot pockets* 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Comidas congeladas para el desayuno (*waffles*, sándwiches de desayuno, etc.) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Comidas vegetarianas congeladas, como hamburguesas vegetarianas 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Comidas preparadas congeladas en bolsa o de caja (ingredientes para comidas salteadas, a base de pasta, etc.) 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Comidas o platos congelados 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otro producto congelado prenvasado que no se haya mencionado 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Helado, algún producto con helado, yogur congelado o algún postre congelado no lácteo 2. Tipo o marca (en barra, en envase de plástico o de cartón, etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Variedad o sabor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Comentarios de la sección 11 sobre los alimentos congelados.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 12. Nueces, cereales, alimentos procesados y deshidratados:** ahora le haré algunas preguntas sobre las nueces, los cereales y los alimentos procesados que usted (el paciente) pudo haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Los puede haber comido en su casa o afuera, como en un restaurante, comida para llevar preparada por un restaurante o comida en un evento preparada por un servicio de comidas. Cuando lea cada alimento, dígame si comió, no comió, tal vez comió o no recuerda si comió ese alimento en los 7 días previos a enfermarse. | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Mantequilla de maní comida en la casa 2. ¿Cuál era la marca?  Jif  Skippy  Peter Pan  Otra, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Mantequilla de maní comida fuera de la casa 2. Lugar donde la compró (nombres, localidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Alimentos que contenían mantequilla de maní (galletas, caramelos, helado, etc.) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Mantequilla de maní o semillas, u otra crema para untar (como Nutella, crema de galleta, mantequilla de almendra) 2. Tipo(s):  Almendra  Avellana  Girasol  Galleta/Spéculoos  No se sabe    Nueces de la India  Nutella  Otra, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **A continuación le haré algunas preguntas sobre las frutas deshidratadas, nueces y semillas que usted (el paciente) podría haber comido. Recuerde que se podrían usar como agregados o mezclarse dentro de muchas comidas. Si usted comió alguno de los tipos de nuez que se mencionan abajo dentro de otra comida, responda “sí”.** | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Fruta deshidratada, incluida la fruta entera deshidratada y los rollos de fruta deshidratada 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Maníes |
|  |  |  |  | 1. Almendras (enteras, en rodajas, picadas, etc.) |
|  |  |  |  | 1. Nueces |
|  |  |  |  | 1. Nueces de la India |
|  |  |  |  | 1. Pistachos |
|  |  |  |  | 1. Avellanas |
|  |  |  |  | 1. Pacanas |
|  |  |  |  | 1. Piñones, incluso dentro del pesto |
|  |  |  |  | 1. Semillas de girasol |
|  |  |  |  | 1. Semillas de chía, linaza o cáñamo 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Semillas de sésamo u otros productos con semillas de sésamo, como *tahini* o *halva* |
|  |  |  |  | 1. Otras nueces, nueces mixtas o semillas 2. Tipo, variedad y marca: Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Salsas o cremas para untar, como hummus, baba ghanoush o salsa de frijoles 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Comentarios de la sección 12 sobre mantequilla de maní, nueces, semillas.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |
| **Ahora le haré algunas preguntas sobre masas o mezclas crudas, cereales y refrigerios prenvasados que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad.** | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Alguna masa o mezcla cruda (como de galleta, pastel, bizcocho o panecillo tipo *muffin*), o la probó o lamió 2. Hecha desde cero; tipo, variedad y marca de la harina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 3. Tipo, variedad y marca de la masa preparada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe 4. Mezcla en polvo prenvasada (como para pastel), tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Harina, masa preparada o mezcla en polvo prenvasada que ***alguien en su casa*** cocinó 2. Hecha desde cero; tipo, variedad y marca de la harina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 3. Tipo, variedad y marca de la masa preparada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe 4. Mezcla en polvo prenvasada (como para pastel), tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Barra granola, de desayuno, energética o de proteína 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Mezcla de nueces y frutas deshidratadas (o producto similar) 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Refrigerios salados, como papitas fritas, maíz inflado, refrigerios de algas marinas o *pretzels* 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Refrigerios dulces, como galletas o pastelitos 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Chocolate o dulces con chocolate 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cereales de desayuno frío 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cereales de desayuno como avena, crema de trigo, avena de la noche a la mañana, etc. 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Comentarios de la sección 12 sobre refrigerios y cereales.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |
| **Finalmente, le preguntaré sobre algunos otros productos que usted (el paciente) podría haber comido en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad.** | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...? |
|  |  |  |  | 1. Licuados ya preparados y embotellados |
|  |  |  |  | 1. Leche en polvo saborizada (como de chocolate, vainilla, Carnation u Ovaltine) |
|  |  |  |  | 1. Especias, mezcla de especias o hierbas deshidratadas 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Productos nutricionales, como suero de leche, polvo de proteína, polvos sustitutos de comidas, probióticos, refuerzos vitamínicos, etc. 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Productos a base de hierbas, como verduras en polvo, kratom, tés de hierbas u otros remedios naturales 2. Tipo, variedad y marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Bebidas para la salud preparadas, embotelladas, como Kombucha o agua de coco 2. Tipo, variedad y marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
| **Comentarios de la sección 12 sobre otros alimentos.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sección 13. Hemos cubierto una gran variedad de alimentos, bebidas, etc. Ahora que ha terminado de contestar todas estas preguntas, ¿hay alguna otra cosa que usted (el paciente) haya comido o bebido en los 7 días previos a enfermarse que no se haya mencionado?** | |
| 1. Describa cualquier otro alimento, bebida etc., e incluya la mayor cantidad de detalles posibles sobre el tipo, la variedad o la marca. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 14. CONTACTO CON ANIMALES Y ALIMENTOS PARA MASCOTAS:** ahora le haré algunas preguntas sobre el contacto con mascotas u otros animales en los 7 días previos a que comenzara su enfermedad. Contacto se define como cuando usted (el paciente) o alguien en el hogar maneja, toca, acaricia o interactúa de otra manera con un animal o las áreas donde el animal vive o se mueve. Puede haber sido en su casa o en la casa de otra persona, en una tienda de mascotas, un zoológico donde permiten acariciar a los animales, una tienda minorista, la escuela, la guardería o en otro lugar. Cuando lea cada exposición, dígame si tuvo, no tuvo, tal vez tuvo o no recuerda si tuvo contacto en los 7 días previos a enfermarse. | | | | |
| **Sí** | **Tal vez** | **No** | **No sabe** | ¿Tuvo usted (el paciente) o alguien en el hogar contacto con alguno de los siguientes tipos de animales o las áreas donde el animal vive o se mueve? |
|  |  |  |  | 1. Pollos o pollitos, patos o patitos, pavos u otras aves de corral domésticas    1. Pollos o pollitos  Patos o patitos  Pavos  Otra, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   No se sabe    2. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿dónde ocurrió el contacto (como la casa u otra residencia, lugar de trabajo, zoológico donde permiten acariciar a los animales, tiendas minoristas, etc.)? Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Tortugas    1. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿tenía el caparazón menos de 4 pulgadas de diámetro (*más pequeño que la palma de una mano adulta*)?   Sí  No  No se sabe    2. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿dónde ocurrió el contacto (como la casa u otra residencia, lugar de trabajo, zoológico donde permiten acariciar a los animales, tiendas minoristas, etc.)? Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Otros reptiles (como serpientes, lagartijas, gecos, dragones barbudos), anfibios (ranas, sapos, salamandras), peces u otros animales acuáticos    1. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe    2. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿dónde ocurrió el contacto (como la casa u otra residencia, lugar de trabajo, zoológico donde permiten acariciar a los animales, tiendas minoristas, etc.)? Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe    3. ¿Se le dio de comer...?  Ratones o ratas vivas  Ratones o ratas congeladas  Pollitos vivos  Pollitos congelados    Otro animal para dar de comer, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No usé animales para dar de comer  No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Mascota doméstica pequeña del grupo de los mamíferos, como hámster, rata, ratón, conejillo de Indias, jerbo, hurón, petauro del azúcar o erizo (sin incluir roedores para dar de comer a reptiles, vea #3c)    1. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe    2. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿dónde ocurrió el contacto (como la casa u otra residencia, lugar de trabajo, zoológico donde permiten acariciar a los animales, tiendas minoristas, etc.)? Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cualquier otro tipo de mascota (perros, gatos, aves [no de corral], etc.)    1. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe    2. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿dónde ocurrió el contacto (como la casa u otra residencia, lugar de trabajo, zoológico donde permiten acariciar a los animales, tiendas minoristas, etc.)? Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. Cualquier otro animal (como animales de granja o fauna silvestre)    1. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe    2. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿dónde ocurrió el contacto (como la casa u otra residencia, lugar de trabajo, zoológico donde permiten acariciar a los animales, tiendas minoristas, etc.)? Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se sabe |
|  |  |  |  | 1. ¿Tuvo usted (el paciente) o alguien en el hogar contacto con alimento para animales, golosinas para animales, tazones o equipos para alimentar a animales, o el área donde se guarda el alimento y las golosinas para animales, o donde se los alimenta?    1. Tipo de alimento para animales:  Seco  Enlatado  Fresco  Crudo  Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe    2. Marca de la comida para animales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe   Lugar de compra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe   * 1. Tipo de golosina para animales:  Oreja de cerdo  *Bully stick* o palito de nervios de toro  Hueso de cuero  Pezuñas  Golosina deshidratada  Golosina tipo galleta  Golosina congelada en seco  Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe   2. Marca de la golosina para animales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe   Lugar de compra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se sabe |
| **Comentarios de la sección 14 sobre el contacto con animales y alimento para mascotas.** *Escriba en el espacio provisto a continuación los comentarios o notas para esta sección:* | | | | |

|  |
| --- |
| **Sección 15. Raza, grupo étnico y Sexo:** en esta sección, le haré preguntas sobre su raza, grupo étnico y sexo. Estamos recolectando esta información de todas las personas enfermas. Al saber más sobre su raza, grupo étnico y sexo, podemos tener una mejor idea de los riesgos a la salud que usted (el paciente) podría tener y los alimentos que podría consumir, lo que podría ayudarnos a identificar qué causó que se enfermara. Puede pertenecer a más de una raza o grupo étnico, marque todas las opciones que correspondan. Estas preguntas son opcionales y puede decidir no responderlas. |
| 1. ¿Es hispano o latino?  Sí  No  No se sabe Se negó a contestar 2. Si la respuesta es "Sí", especifique: Mexicano, mexicoamericano, chicano Puertorriqueño Cubano   Otro origen hispano, latino o español (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Afroamericano o de raza negra   1. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad *(opcional)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Indígena de los EE. UU./Nativo de Alaska   1. Afiliación tribal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad *(opcional)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Asiático  Chino   Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Otro asiático   1. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad *(opcional)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Del Oriente Medio o Norte de África   1. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad *(opcional)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nativo de Hawái o de otra  isla del Pacífico    Nativo de Hawái  Guameño o chamorro  Samoano  Nativo de otra isla del Pacífico   1. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad *(opcional)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Raza blanca   1. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad *(opcional)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Otra raza o grupo étnico *(especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | Se negó a contestar | No se sabe |  1. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? *(Marque todo lo que corresponda).* |
| 1. ¿Qué idioma habla en su casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se negó a contestar |
| 1. Sexo:  Masculino  Femenino  No se sabe |

|  |
| --- |
| **Con esto concluye la entrevista. Gracias por tomarse el tiempo de responder estas preguntas. Sus respuestas pueden ayudar a prevenir que se enfermen otras personas.** |

*MLS - 34546*