

**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.

- Núm. de ID en PulseNet: \_\_\_\_\_ o Núm. de ID en WGS: \_\_\_\_\_ Núm. de ID estatal/local/otro: \_\_\_\_\_
- Fecha de la entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
M M D D A A A A
- Información del entrevistador Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia u organización: \_\_\_\_\_
- El entrevistado era:  El paciente  El padre o la madre  El cónyuge  Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- Estado y condado de residencia Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_
- 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.

- ¿En qué fecha comenzó a sentirse enfermo? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
M M D D A A A A  No se sabe
- a. Si no se sabe, ingrese la fecha de recolección de la muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
M M D D A A A A  No se sabe

Sí	Tal vez	No	No sabe	Usted (el paciente)...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Pasó la noche en el hospital debido a esta enfermedad? <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Presentó síndrome urémico hemolítico? <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Tuvo diarrea? (Definida como al menos 3 deposiciones sueltas en 24 horas) <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Ha tenido contacto cercano con alguien con diarrea o vómitos la semana previa a la enfermedad?
				a. ¿Cuándo comenzó a enfermarse esta persona? <input type="checkbox"/> Menos de 24 horas antes que usted <input type="checkbox"/> 24 horas o más antes que usted
				<input type="checkbox"/> Después del inicio de su enfermedad <input type="checkbox"/> No se sabe
				<i>Solo para el entrevistador:</i>
				B. Si esta persona es parte del brote, ¿cuál es su Núm. de ID en PulseNet o WGS? _____

**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																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. En los 7 días previos a la enfermedad, ¿viajó usted (el paciente) a otro país fuera de los EE. UU.? <i>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.</i>																
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ciudad y país</th> <th>Fecha de llegada</th> <th>Fecha de salida</th> <th>Nombre del hotel o complejo turístico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Ciudad y país	Fecha de llegada	Fecha de salida	Nombre del hotel o complejo turístico												
Ciudad y país	Fecha de llegada	Fecha de salida	Nombre del hotel o complejo turístico																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. En los 7 días previos a la enfermedad, ¿viajó usted (el paciente) a otro estado en los EE. UU.? <i>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.</i>																
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Estado</th> <th>Fecha de llegada</th> <th>Fecha de salida</th> <th>Nombre del hotel o complejo turístico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Estado	Fecha de llegada	Fecha de salida	Nombre del hotel o complejo turístico												
Estado	Fecha de llegada	Fecha de salida	Nombre del hotel o complejo turístico																	

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

**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)
4. ¿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)
5. ¿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)
6. 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)
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Pedido en línea o aplicaciones, y recogida o entrega		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. ¿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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Pollo preparado <u>en la casa</u> . <b>Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 5</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Pollo entero a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Pollo cortado en partes o trozos, como pechugas, patas, muslos o alitas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Pollo molido a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Productos congelados de pollo relleno, como pollo empanado relleno con jamón y queso ( <i>cordón bleu</i> ), pollo Kiev, pollo relleno con brócoli y queso u otros productos de pollo relleno similares a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Productos congelados de pollo empanado, como trocitos o tiritas de pollo a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Pollo preparado <u>fuera de la casa</u> a. Mencione los nombres y las localidades: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Pollo rostizado, pollo asado o cualquier pollo precocido comprado en una tienda de comestibles o <i>deli</i> a. Mencione los nombres y las localidades: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
Sí	Tal vez	No	No sabe	En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Pavo preparado <u>en la casa</u> . <b>Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 14</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Pavo entero a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Pavo cortado en trozos o partes como patas o pechugas de pavo a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Pavo molido a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Otro tipo de pavo a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Pavo preparado <u>fuera de la casa</u> a. Mencione los nombres y las localidades: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Otro tipo de ave de corral, como pato, gallinita o palomita a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Carne de res preparada <u>en la casa</u> . Esto incluye comidas como hamburguesas, bistecs, guisados, tacos, sopas o salsas para pasta. <b>Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 19</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Carne molida de res. Esto podría incluir comidas como hamburguesas, guisados, tacos, sopas o salsas para la pasta a. ¿La compró...?: <input type="checkbox"/> En una bandeja <input type="checkbox"/> En un tubo <input type="checkbox"/> Como hamburguesas prehechas <input type="checkbox"/> Otra forma, especifique _____ b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe d. ¿Cómo se consumió? <input type="checkbox"/> Cruda <input type="checkbox"/> Rosada o roja adentro <input type="checkbox"/> Bien cocida, sin rosado adentro <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Bistec, carne rostizada, carne asada u otros cortes enteros de carne de res a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. ¿Cómo se consumió? <input type="checkbox"/> Cruda <input type="checkbox"/> Rosada o roja adentro <input type="checkbox"/> Bien cocida, sin rosado adentro <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Carne de res preparada <u>fuera de la casa</u> . Esto incluye comidas como hamburguesas, bistecs, guisados, tacos, sopas o salsas para pasta. a. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. ¿Cómo se consumió? <input type="checkbox"/> Cruda <input type="checkbox"/> Rosada o roja adentro <input type="checkbox"/> Bien cocida, sin rosado adentro <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Ternera a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. ¿Cómo se consumió? <input type="checkbox"/> Cruda <input type="checkbox"/> Rosada o roja adentro <input type="checkbox"/> Bien cocida, sin rosado adentro <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Platos de carne cruda como kitfo o tartar. a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> 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...?
----	---------	----	---------	--

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>22. Carne de cerdo preparada <u>en la casa</u> (como cerdo entero, chuletas, lomo, asado, paleta, molida, etc.)</p> <p>a. Tipo/corte: <input type="checkbox"/> Carne molida <input type="checkbox"/> Cerdo entero <input type="checkbox"/> Chuletas de cerdo <input type="checkbox"/> Costillas de cerdo  <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Marca(s): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>c. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>23. Cerdo preparado <u>fuera de la casa</u>. 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.</p> <p>a. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>24. Otro tipo de carne como cordero, cabra, bisonte o carne de caza</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>25. 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)</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>

**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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>26. Tocino</p> <p>a. Tipo (res, cerdo, pavo, etc.), variedad, marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>27. Salchichas, como las salchichas polacas, kielbasa, <i>Bratwurst</i>, chorizos para el desayuno u otro producto similar</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>28. <i>Hot dogs</i> (perros calientes) o <i>corn dogs</i> (salchichas empanizadas)</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>29. <i>Pepperoni</i>, incluso en un sándwich o una pizza</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>30. Cualquier tipo de carne estilo italiano, como salame, jamón crudo o capicola</p> <p>a. Tipo: <input type="checkbox"/> Salame <input type="checkbox"/> Jamón crudo <input type="checkbox"/> Capicola <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>b. Variedad, marca: _____ <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>c. ¿Cómo se compró? <input type="checkbox"/> Prenvasado <input type="checkbox"/> En la sección <i>deli</i> <input type="checkbox"/> En un plato de refrigerios o tabla de charcutería  <input type="checkbox"/> Palitos de salame <input type="checkbox"/> Otra forma, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>31. Tiras de carne deshidratada o <i>jerky</i>, como pavo, pollo, cerdo o carne de res comprados en la tienda</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>32. Carnes de la sección <i>deli</i> o carnes frías</p> <p>a. ¿Se cortó en la sección <i>deli</i>? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Tipo: <input type="checkbox"/> Pavo <input type="checkbox"/> Jamón <input type="checkbox"/> Carne de res (como pastrami o carne al horno) <input type="checkbox"/> Carnes italianas (como salame o jamón crudo) <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>c. Variedad, marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>d. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>33. Algún paté de hígado o <i>foie gras</i> (especifique el tipo: pollo, carne de res, pato, cerdo, etc.)</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>

**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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>34. Algún sustituto de la carne a base de plantas como Impossible Meat, Beyond Meat o Morningstar</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>35. Tofu, tempe, seitán u otra alternativa a la carne</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>

**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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Pescado o productos de pescado crudos o poco cocidos, como <i>sushi</i> , <i>sashimi</i> , ceviche o poke a. Atún crudo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tal vez <input type="checkbox"/> No sabe b. Salmón crudo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tal vez <input type="checkbox"/> No sabe c. Otro pescado crudo, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe d. Describa el plato: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe e. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Pescado (sin incluir mariscos) comprado en la tienda y preparado <u>en la casa</u> a. ¿En qué estado se compró? <input type="checkbox"/> Congelado <input type="checkbox"/> Fresco <input type="checkbox"/> No se sabe b. ¿Cómo se preparó? <input type="checkbox"/> Crudo <input type="checkbox"/> Poco cocido <input type="checkbox"/> Completamente cocido <input type="checkbox"/> No se sabe c. Tipo de pescado que se comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe d. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Pescado (sin incluir mariscos) preparado <u>fuera de la casa</u> a. ¿Cómo se preparó? <input type="checkbox"/> Crudo <input type="checkbox"/> Poco cocido <input type="checkbox"/> Completamente cocido <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo de pescado que se comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe d. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Pescado ahumado o deshidratado, como salmón ahumado, <i>lox</i> , <i>katsubushi</i> (copos de pescado bonito) o <i>jerky</i> a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Camarones o langostinos a. <input type="checkbox"/> Congelados <input type="checkbox"/> Frescos <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Cangrejo, langosta o cangrejo de río a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ostras a. ¿Estaban crudas las ostras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Almejas, mejillones, vieiras u otro tipo de marisco a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Algún otro tipo de pescado o marisco? a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Huevos o algún plato con huevos preparado <u>en la casa</u> a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Huevos o algún plato con huevos preparado <u>fuera de la casa</u> a. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Alternativas a huevos o sustitutos de huevos veganos a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 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.) a. Describa: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
Sí	Tal vez	No	No sabe	En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Leche de vaca o de otra fuente animal a. Tipo. (vaca, cabra, etc.), variedad, marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Cruda o no pasteurizada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Alternativas a la leche de fuente animal, como de almendras, avena, cáñamo, coco, nueces de la India, arroz o soya a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Algún yogur o producto tipo yogur, como kéfir a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Queso hecho con leche no pasteurizada o cruda, incluidos los quesos caseros, frescos de granja y de vendedores ambulantes a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Quesos frescos blandos a. <input type="checkbox"/> Queso fresco <input type="checkbox"/> Cotija <input type="checkbox"/> Feta <input type="checkbox"/> Queso de cabra <input type="checkbox"/> <i>Mozzarella</i> fresca <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Quesos con vetas azules, como el <i>Bleu</i> , stilton o gorgonzola a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. <i>Brie</i> o camembert a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Otros quesos preenvasados, rallados, cortados, en bloque, gourmet o artesanales a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Productos de queso hechos con alternativas a los lácteos, como queso de nueces de la India o queso vegano a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Tomates <u>en la casa</u> a. Tipo: <input type="checkbox"/> Rojos redondos <input type="checkbox"/> Roma (ovalados) <input type="checkbox"/> Pequeños, que se comen enteros, tipo <i>grape</i> (uva) o <i>cherry</i> <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Tomates <u>fuera de la casa</u> , a veces servidos como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada a. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Salsa o pico de gallo (ni de frasco ni de lata) preparados <u>en la casa</u> a. Enumere los ingredientes incluidos: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Salsa o pico de gallo preparados <u>fuera de la casa</u> a. Enumere los ingredientes incluidos: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Aguacate a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Guacamole a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Lechuga repollada <u>en la casa</u> a. La compró <input type="checkbox"/> Preenvasada <input type="checkbox"/> Entera/Suelta <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Lechuga repollada preparada <u>fuera de la casa</u> , a veces servida como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada a. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
Sí	Tal vez	No	No sabe	En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>9. Lechuga romana <u>en la casa</u></p> <p>a. ¿La compró...?: <input type="checkbox"/> En corazones prevasados <input type="checkbox"/> Picada y prevasada <input type="checkbox"/> Entera o suelta <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>c. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>10. Lechuga romana preparada <u>fuera de la casa</u>, a veces servida como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada</p> <p>a. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>11. Espinaca <u>en la casa</u></p> <p>a. La compró <input type="checkbox"/> Prevasada <input type="checkbox"/> En ramillete/Suelta <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>c. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>12. Espinaca preparada <u>fuera de la casa</u>, a veces servida como parte de un sándwich, una hamburguesa o una ensalada</p> <p>a. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>13. Repollo</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>14. Col rizada</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>15. Rúcula</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>16. Lechugas mixtas, verduras de hoja verde mixtas, u otra mezcla de lechugas</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>17. Kits prevasados de ensalada, generalmente vendidos en una bolsa o contenedor de plástico</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>18. Otra verdura de hoja verde, como acelga suiza, mostaza de hoja, diente de león, berro</p> <p>a. Tipo, variedad, marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>

**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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>19. Albahaca, a veces se usa en el pesto o para decoración</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>20. Cilantro, a veces se usa en la salsa, las comidas mexicanas, asiáticas o para decoración</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>21. Otras hierbas frescas (perejil, cebollín, eneldo, salvia, tomillo, menta etc.)</p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>22. Germinados de frijol, como frijol mungo o soya, generalmente servidos en platos salteados, ensaladas asiáticas o sopas preparadas <u>en la casa</u></p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>23. Germinados de frijol, como frijol mungo o soya, generalmente servidos en platos salteados, ensaladas asiáticas o sopas preparadas <u>fuera de la casa</u></p> <p>a. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>24. Otros microverdes o germinados (como alfalfa, tréboles, rábano daikon, etc.) <u>en la casa</u></p> <p>a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>25. Otros microverdes o germinados (como alfalfa, tréboles, rábano daikon, etc.) <u>fuera de la casa</u></p> <p>a. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Plato que comió: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>

**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...?
----	---------	----	---------	--

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Pepinos preparados en la casa a. Tipo, variedad: <input type="checkbox"/> Mini (como los persas) <input type="checkbox"/> Grandes, envueltos en plástico (como los ingleses o europeos) <input type="checkbox"/> "Regulares" que se venden sueltos, no envueltos en plástico <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Pepinos preparados fuera de la casa a. Lugar donde los compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Especifique el plato: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Calabacín, calabaza de verano u otra calabaza "blanda" a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Pimientos dulces o morrones (verde, rojo, naranja o amarillo) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Pimientos dulces pequeños o tamaño refrigerio, normalmente se venden en bolsa o caja de plástico a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Pimientos picantes, como jalapeños o serranos Pueden ser un ingrediente en salsa, pico de gallo, pho, ensalada o decoración a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Apio a. Tipo, variedad, marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Zanahorias o zanahorias pequeñas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Arvejas, guisantes dulces o arvejas chinas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Brócoli a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Coliflor a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Cebollas (blanca, amarilla o morada), incluso en ensaladas, salsa, pico de gallo, sándwiches o hamburguesas a. ¿De qué color eran las cebollas? <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Morado <input type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Cebollín
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Hongos, incluidos los frescos o deshidratados a. Tipo: <input type="checkbox"/> Champiñón <input type="checkbox"/> Portobello <input type="checkbox"/> Shiitake <input type="checkbox"/> Enoki <input type="checkbox"/> Oreja de madera (kikurage) <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. <input type="checkbox"/> Fresco <input type="checkbox"/> Deshidratado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Mezcla de verduras prevasadas y precortadas, como un kit para comidas salteadas o comidas asadas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Verduras fermentadas (como kimchi, sauerkraut) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. ¿Eran caseras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Otras verduras (coles de Bruselas, rábanos, remolacha, nabos, hinojo, etc.) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Manzanas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Uvas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Peras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Duraznos
Sí	Tal vez	No	No sabe	En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Nectarinas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Otras frutas con hueso (carozo), como damascos, ciruelas o cerezas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Frutas cítricas, como limones, limas, naranjas, tangerinas, toronjas (pomelos), mandarinas o clementinas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Fresas (frutillas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Frambuesas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Arándanos azules
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Moras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Otros frutos del bosque (bayas) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Melón cantalupo o melón común a. Precortado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Sandía a. Precortada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Otro melón, como el melón verde o el melón Galia a. Precortado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Piña
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Mango
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Papaya
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Otra fruta comprada ya rebanada o cortada a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Otra fruta (banana, kiwi, guayaba, granada, coco, fruta del dragón o pitahaya, etc.) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Jugos o cidras a. Crudos o no pasteurizados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe b. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Licuados hechos con frutas o verduras frescas o congeladas, preparados en la casa o fuera de la casa a. <input type="checkbox"/> Preparados en la casa <input type="checkbox"/> Preparados fuera de la casa, especifique el lugar de compra _____ b. Ingredientes en el licuado: _____ <input type="checkbox"/> 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Verduras congeladas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Fruta o frutos del bosque (bayas) congelados, incluidos los usados en un licuado a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Pasteles de carne congelados a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Pizza congelada a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Productos de pescado congelados (barritas o trocitos de pescado, etc.) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Aperitivos o refrigerios congelados, como palitos de <i>mozzarella</i> , bocaditos de jalapeño relleno, burritos, bocaditos de cáscara de papa rellena o <i>hot pockets</i> a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
Sí	Tal vez	No	No sabe	En los 7 días previos al comienzo de la enfermedad, ¿usted (el paciente) comió...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Comidas congeladas para el desayuno ( <i>waffles</i> , sándwiches de desayuno, etc.) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Comidas vegetarianas congeladas, como hamburguesas vegetarianas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Comidas preparadas congeladas en bolsa o de caja (ingredientes para comidas salteadas, a base de pasta, etc.) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Comidas o platos congelados a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Otro producto congelado prevasado que no se haya mencionado a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Helado, algún producto con helado, yogur congelado o algún postre congelado no lácteo a. Tipo o marca (en barra, en envase de plástico o de cartón, etc.): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. Variedad o sabor: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. Lugar donde lo compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> 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, CERALES, 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Mantequilla de maní comida <u>en la casa</u> a. ¿Cuál era la marca? <input type="checkbox"/> Jif <input type="checkbox"/> Skippy <input type="checkbox"/> Peter Pan <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Mantequilla de maní comida <u>fuera de la casa</u> a. Lugar donde la compró (nombres, localidades): _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Alimentos que contenían mantequilla de maní (galletas, caramelos, helado, etc.) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Mantequilla de maní o semillas, u otra crema para untar (como Nutella, crema de galleta, mantequilla de almendra) a. Tipo(s): <input type="checkbox"/> Almendra <input type="checkbox"/> Avellana <input type="checkbox"/> Girasol <input type="checkbox"/> Galleta/Spéculoos <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Nueces de la India <input type="checkbox"/> Nutella <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____ b. Marca: _____ <input type="checkbox"/> 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Fruta deshidratada, incluida la fruta entera deshidratada y los rollos de fruta deshidratada a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Maníes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Almendras (enteras, en rodajas, picadas, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nueces
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Nueces de la India
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Pistachos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Avellanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Pacanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Piñones, incluso dentro del pesto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Semillas de girasol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Semillas de chía, linaza o cáñamo a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Semillas de sésamo u otros productos con semillas de sésamo, como <i>tahini</i> o <i>halva</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Otras nueces, nueces mixtas o semillas a. Tipo, variedad y marca: Especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Salsas o cremas para untar, como hummus, baba ghanoush o salsa de frijoles a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> 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 prevasados 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Alguna masa o mezcla cruda (como de galleta, pastel, bizcocho o panecillo tipo <i>muffin</i> ), o la probó o lamió a. <input type="checkbox"/> Hecha desde cero; tipo, variedad y marca de la harina: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. <input type="checkbox"/> Tipo, variedad y marca de la masa preparada: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. <input type="checkbox"/> Mezcla en polvo prevasada (como para pastel), tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Harina, masa preparada o mezcla en polvo prevasada que <b>alguien en su casa</b> cocinó a. <input type="checkbox"/> Hecha desde cero; tipo, variedad y marca de la harina: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe b. <input type="checkbox"/> Tipo, variedad y marca de la masa preparada: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe c. <input type="checkbox"/> Mezcla en polvo prevasada (como para pastel), tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Barra granola, de desayuno, energética o de proteína a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Mezcla de nueces y frutas deshidratadas (o producto similar) a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Refrigerios salados, como papitas fritas, maíz inflado, refrigerios de algas marinas o <i>pretzels</i> a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Refrigerios dulces, como galletas o pastelitos a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Chocolate o dulces con chocolate a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Cereales de desayuno frío a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Cereales de desayuno como avena, crema de trigo, avena de la noche a la mañana, etc. a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> 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...?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Licuados ya preparados y embotellados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Leche en polvo saborizada (como de chocolate, vainilla, Carnation u Ovaltine)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Especies, mezcla de especias o hierbas deshidratadas a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Productos nutricionales, como suero de leche, polvo de proteína, polvos sustitutos de comidas, probióticos, refuerzos vitamínicos, etc. a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Productos a base de hierbas, como verduras en polvo, kratom, té de hierbas u otros remedios naturales a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Bebidas para la salud preparadas, embotelladas, como Kombucha o agua de coco a. Tipo, variedad y marca: _____ <input type="checkbox"/> 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?
----	---------	----	---------	--

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. Pollos o pollitos, patos o patitos, pavos u otras aves de corral domésticas</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Pollos o pollitos <input type="checkbox"/> Patos o patitos <input type="checkbox"/> Pavos <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. 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: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. Tortugas</p> <p>a. Si la respuesta es sí o tal vez, ¿tenía el caparazón menos de 4 pulgadas de diámetro (<i>más pequeño que la palma de una mano adulta</i>)?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. 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: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3. Otros reptiles (como serpientes, lagartijas, gecos, dragones barbudos), anfibios (ranas, sapos, salamandras), peces u otros animales acuáticos</p> <p>a. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. 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: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>c. ¿Se le dio de comer...? <input type="checkbox"/> Ratones o ratas vivas <input type="checkbox"/> Ratones o ratas congeladas <input type="checkbox"/> Pollitos vivos <input type="checkbox"/> Pollitos congelados  <input type="checkbox"/> Otro animal para dar de comer, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No usé animales para dar de comer <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>4. 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)</p> <p>a. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. 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: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>5. Cualquier otro tipo de mascota (perros, gatos, aves [no de corral], etc.)</p> <p>a. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. 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: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>6. Cualquier otro animal (como animales de granja o fauna silvestre)</p> <p>a. Si respondió sí o tal vez, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. 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: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>7. ¿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?</p> <p>a. Tipo de alimento para animales: <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Enlatado <input type="checkbox"/> Fresco <input type="checkbox"/> Crudo <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____  <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>b. Marca de la comida para animales: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe  Lugar de compra: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>c. Tipo de golosina para animales: <input type="checkbox"/> Oreja de cerdo <input type="checkbox"/> <i>Bully stick</i> o palito de nervios de toro <input type="checkbox"/> Hueso de cuero <input type="checkbox"/> Pezuñas <input type="checkbox"/> Golosina deshidratada <input type="checkbox"/> Golosina tipo galleta <input type="checkbox"/> Golosina congelada en seco  <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>d. Marca de la golosina para animales: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe  Lugar de compra: _____ <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<p><b>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:</b></p>				

**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

a. Si la respuesta es "Sí", especifique:  Mexicano, mexicanoamericano, chicano  Puertorriqueño  Cubano  
 Otro origen hispano, latino o español (especifique) \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? (Marque todo lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> Afroamericano o de raza negra a. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU./Nativo de Alaska a. Afiliación tribal: _____ b. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático  a. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad (opcional): _____
	<input type="checkbox"/> Del Oriente Medio o Norte de África  a. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico  a. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Raza blanca  a. Especifique el grupo étnico o la nacionalidad (opcional): _____
	<input type="checkbox"/> Otra raza o grupo étnico (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No se sabe
3. ¿Qué idioma habla en su casa? _____			<input type="checkbox"/> Se negó a contestar
4. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			

**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