

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tennessee

Interviewer: \_\_\_\_\_ Bacteria \_\_\_\_\_ Species/serotype \_\_\_\_\_ Subtype \_\_\_\_\_  
Entrevistador: Bacteria Especie/serotipo Subtipo

**Enteric Disease Worksheet  
(Long form)**

Patient's Name (last, first) \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nombre del paciente (apellido, nombre) Fecha de Nacimiento

Parent's Name (if child) \_\_\_\_\_  
Nombre de los padres

Symptom History:  
Sintomatología:

Nausea ¿Náusea?	Y N	Chills ¿Escalofríos?	Y N	What was first symptom? _____ ¿Cuál fue su primer síntoma? Date of onset: (mm/dd/yy) ___/___/___ ¿Qué fecha fue el primer síntoma? Time of onset: (military) _____ ¿A qué hora sintió/tuvo el primer síntoma? Date of onset diarrhea: ___/___/___ ¿Qué día (fecha) comenzó con diarrea?  Time of onset of diarrhea: _____ ¿A qué hora comenzó su diarrea?  Duration of diarrhea (days) _____ ¿Por cuántos días tuvo diarrea? Date of recovery: ___/___/___ ¿Qué día se recuperó? Time of recovery: _____ ¿A qué hora se recuperó?
Vomiting ¿Tuvo vómitos?	Y N	Headache ¿Dolor de cabeza?	Y N	
Diarrhea ¿Tuvo diarrea?	Y N	Backache ¿Dolor de espalda?	Y N	
Stools/24 hr. ¿En su peor día (24 hrs.), cuántas veces le dio diarrea?	_____	Muscle Aches ¿Dolor muscular?	Y N	
Blood in stool ¿Notó sangre en las heces/diarrea?	Y N	Fatigue ¿Cansancio?	Y N	
Cramps ¿Cólicos?	Y N	Joint Pain ¿Dolor de articulaciones?	Y N	
Fever ¿Calentura/fiebre?	Y N	Temp ¿Cuánto le dio de temperatura?	_____	
Comments: Comentarios:		Other ¿Otros síntomas?	_____	

Do you have any medical conditions that may suppress your immune system (e.g., cancer, diabetes, renal failure, Crohn's disease, HIV infection or lupus)? Yes  No  List: \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna condición médica supresora del sistema inmune (como cáncer, diabetes, fallo renal, enfermedad de Crohn, VIH, lupus)?

Do you take any medication that may suppress your immune system (e.g., corticosteroids or cancer chemotherapy)?  
¿Toma algún medicamento que puede suprimir el sistema inmune (como corticoesteroides o quimioterapia)?  
Yes  No  List: \_\_\_\_\_

Were you taking antacids in the month prior to your illness? Yes  No   
¿Durante el mes anterior a la enfermedad estomacal, tomó antiácidos?  
If yes, what? \_\_\_\_\_

Were you on any antibiotics in the month prior to your illness? Yes  No   
¿En el mes anterior a la enfermedad estomacal, tomó algún antibiótico?  
If yes, what? \_\_\_\_\_

Did you take any antidiarrheal medications after the onset of your illness? Yes  No   
¿Después de comenzar los síntomas estomacales, tomó algún medicamento antidiarreico?  
If yes, what? \_\_\_\_\_

Were you treated with any antibiotics after the onset of this illness? Yes  No   
¿Luego de comenzar con los síntomas estomacales fue medicado/tratado con algún antibiótico?  
If yes, what? \_\_\_\_\_

What date did you start? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ What date did you finish? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Duration (for how many days): \_\_\_\_\_  
¿Qué día (fecha) comenzó? ¿Qué día terminó? ¿Duración? (por cuántos días)  
Did you take the antibiotics before you submitted the stool culture? Yes  No   
¿Comenzó a tomar los antibióticos antes de haber dado la muestra de heces?  
If yes, how many days before culture? \_\_\_\_\_ SAME DAY   
Si fue así, ¿cuántos días antes de dar la muestra comenzó con los antibióticos?

1. Did you travel anywhere during the week prior to your illness? Yes  No   
*Durante la semana previa a la enfermedad estomacal, ¿viajó a algún lugar?*

**If yes, where?** \_\_\_\_\_ **When?** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ thru \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
*Si fue así, ¿a dónde? Fechas del viaje*

If airline travel, what airline? \_\_\_\_\_  
*Si viajó en avión, ¿en qué aerolínea?*

Where did you stay (name of hotel/resort): \_\_\_\_\_  
*¿En dónde se quedó/hospedó (nombre del hotel)?*

2. Did you drink water from any of the following sources during the week prior to your illness? Yes  No   
*Durante la semana anterior a la enfermedad estomacal, ¿tomó agua de alguno de los siguientes lugares?:*

Municipal or city water (directly from tap) Yes  No   
*Agua municipal (agua del chorro/grifo)*

Well water Yes  No   
*Agua de un pozo*

- Where? (e.g. home, cabin) \_\_\_\_\_  
*¿Dónde? (en una cabaña, pozo en casa)*
- Address of well \_\_\_\_\_  
*Dirección en donde el pozo está ubicado*
- Describe well (e.g. single home, multiple home) \_\_\_\_\_  
*Podría describir el pozo (solo para una casa, provee a varias casas)*

Bottled Water Brand: \_\_\_\_\_ Yes  No   
*Marca de agua embotellada*

Other (such as from a stream while camping) Yes  No   
*Otras fuentes (como agua de un río o lago si fueron de campamento)*

Specify \_\_\_\_\_  
*Especifique*

3. Did you swim in the ocean, a lake, a river, or pool in the week before your illness? Yes  No   
*Durante la semana previa a la enfermedad estomacal, ¿nadó en algún océano, lago, río o piscina?*

**If yes, where?** \_\_\_\_\_ **when?** \_\_\_\_\_  
*Si fue así, ¿en dónde? ¿Cuándo?*

4. Where did you shop for groceries eaten during the week before your illness?  
*Durante la semana previa a la enfermedad estomacal, ¿en dónde compró sus alimentos?*  
\_\_\_\_\_

5. Where and when did you purchase any ground beef you ate the week before your illness?  
*Durante la semana previa a la enfermedad estomacal, ¿en dónde compró carne molida de res?*

What type of ground beef was it? Tube  Tray  Pre-made Patties   
*¿Qué tipo de carne molida fue? En tubo En bandeja Tortitas Pre-cortadas*  
Brand: \_\_\_\_\_ Package Size: \_\_\_\_\_ Percent lean (e.g., 80/20): \_\_\_\_\_  
*Marca Tamaño de paquete Porcentaje de grasa*

6. In the week prior, did you consume meat from any place other than the grocery store? (hunting, butcher shop, private kill) *Durante la semana previa, ¿consumió carne de otro lugar a parte del supermercado? (carnicería, granja, matadero privado)* Yes  No

**If yes, source?** *Si fue así, ¿de dónde?* \_\_\_\_\_  
Where processed? *en dónde fue procesada?* \_\_\_\_\_

7. Where and when did you get any milk you drank the week before your illness?  
*¿En dónde y cuándo adquirió la leche que pudo haber tomado la semana previa a la enfermedad?*

Brand and type (e.g., skim, 2%) *Marca y tipo de leche:* \_\_\_\_\_  
Was any of it unpasteurized? *¿La leche fue pasteurizada?* Yes  No

8. During the 7 days prior to your illness, did you live on, work on, or visit a farm? Yes  No

*Durante los 7 días previos a la enfermedad, ¿vivió, trabajó o visitó alguna granja o finca de con animales?*

**If yes, name, location, and dates at farm (other than home farm):**

*Si fue así, nombre, localidad y fechas:*

Live on farm *Vivió en una granja*

Work on farm *Trabajó en una granja:* \_\_\_\_\_ When? *Cuando* \_\_\_\_\_

Visit farm *Visitó alguna granja:* \_\_\_\_\_ When? *Cuando* \_\_\_\_\_

9. Did you visit a petting zoo, educational exhibit, fair or other venue with animals in the week before your illness?

*Durante la semana previa a la enfermedad ¿visitó alguna granja donde se tiene contacto directo con los animales (tocarlos, cargarlos), alguna exhibición de animales o feria? Yes  No*

Name and location of petting zoo/fair: \_\_\_\_\_ When? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Nombre y localidad/dirección: Cuando?*

10. **If yes to questions 8 or 9:** Were any of the following animals present? If yes, did you have any contact with them?

*Si las preguntas 8 o 9 son afirmativas: ¿qué animales estaban presentes? ¿hubo contacto directo?*

	Home / Casa			Work / Trabajo			Other Farm / Otra Granja			Petting Zoo/Other Venues		
	No	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>	No	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>	No	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>	No	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>
<b>Cow</b> <i>Vaca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Goat</b> <i>Cabra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sheep</b> <i>Oveja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pig</b> <i>Cerdo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Chicken</b> <i>Pollo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Turkey</b> <i>Pavo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Other:</b> <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. Did you have contact with any animal manure or compost derived from animal manure in the week prior to your illness? *Durante la semana previa a la enfermedad ¿tuvo contacto directo con estiércol o abono animal?*

Yes  No

**If yes, describe type contact (e.g., gardening):** \_\_\_\_\_

*Si fue así, ¿como fue el tipo de contacto?(por ejemplo, jardinería)*

12. During the week prior to your illness, did you have any pets at home, have contact with household pets elsewhere (including school), or visit a household with pets (including reptiles, fish, and rodents)? *Durante la semana previa a la enfermedad ¿tuvo mascotas en su casa, tuvo contacto con mascotas de alguien más (incluyendo la escuela) o visitó alguna casa con mascotas (incluyendo reptiles, peces o roedores)?*

Yes  No

**If yes, what kind of animal(s)?** \_\_\_\_\_

*Si fue así, ¿Qué animales fueron?*

**If reptile exposure, complete reptile questionnaire.** Questionnaire completed?

Yes  No

*Si hubo contacto con reptiles, ¿se ha completado el cuestionario de reptiles?*

**If yes**, did you feed animal-based products such as rawhides, pig’s ears or cow hooves, or any dog treats to your pet during the week prior to your illness?

*Si fue así, durante la semana previa a la enfermedad ¿Alimentó a sus (las) mascotas con productos a base de otros animales como: “orejas de cerdo”, “pezuñas de vaca”, “huesos”?*

Yes  No

Type: \_\_\_\_\_  
*Tipo*

13. Do you know of anyone else with a diarrheal illness prior to or following your illness? Yes  No

*¿Supo si alguien más tuvo diarrea durante la semana previa a o después de su enfermedad?*

**If yes**, who? \_\_\_\_\_ when? \_\_\_\_\_

*Si fue así, ¿quién?*

*¿En dónde?*

***If children are ill, ask about daycare.***

*Si hay niños enfermos, preguntar acerca de la guardería.*

14. Did you attend or work at a daycare prior to or following your illness? Yes  No

*Antes o después de su enfermedad intestinal, ¿visitó o trabajó en alguna guardería?*

**If yes**, when: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ thru \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Si fue así, ¿Qué fechas?*

Name of Daycare: \_\_\_\_\_

*Nombre de la guardería.*

Name of Daycare Director: \_\_\_\_\_

*Nombre del director de la guardería*

City: \_\_\_\_\_

*Ciudad*

Phone Number: \_\_\_\_\_

*Número de teléfono*

Are you aware of any other illness in daycare? Yes  No

*Sabe si alguien más está enfermo(a) en la guardería*

Did you attend or work at a daycare with a diarrheal illness? Yes  No  Dates: \_\_\_\_\_

*¿Visitó o trabajó en la guardería mientras estaba enfermo(a)?*

**For children that attend daycare or daycare employees:**

***Sección dirigida a niños que van a la guardería o empleados de la guardería:***

Daycare providers are contacted to determine if any other children may be ill and to provide information and recommendations to prevent further spread of this illness. Our use of the data from this interview may include disclosing your/the child’s name to the extent necessary to do our investigation and control the spread of disease. For example, it may be necessary to disclose the name to the daycare center. Do you have any concerns about disclosing your/your child’s name to the daycare, if it is necessary?

*Contactamos a los encargados de la guardería para determinar si hay otros niños que podrían estar enfermos y para proporcionar información/recomendaciones que prevenga el contagio de nuevos casos. Parte del uso que le damos a la información que recolectamos en esta entrevista incluye dar su nombre o el del niño(a) con la finalidad de llevar a cabo dicha investigación y para controlar la propagación de la enfermedad. Por ejemplo, puede que sea necesario que mencionemos el nombre a la guardería. ¿Tiene alguna inconveniencia en que mencionemos su nombre o el nombre del niño(a) a la guardería, si fuese necesario?*

Yes, I do have concerns  
*Sí, tengo inconveniencia*

No, I do not have concerns  
*No, tengo inconveniencia*

**Tennessee read**

15. Did you attend any large gatherings the week before your illness (wedding, receptions, showers, parties, festivals, fairs, etc.)?

*Durante la semana previa a la enfermedad ¿fue a alguna recepción, fiesta, festival o feria donde hubo otras personas?*

Yes  No

**If yes, when:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Si fue así, ¿Cuándo?*

What type of event? \_\_\_\_\_

*¿Qué tipo de evento fue?*

Where? \_\_\_\_\_

*Lugar*

Foods served? \_\_\_\_\_

*¿Sirvieron comida?*

Others ill?

Yes  No

*Otras personas se enfermaron.*

**If yes, describe:** \_\_\_\_\_

*Si fue así, ¿Quiénes, que pasó?*

Did you eat any food or beverages from any restaurants, coffee shops, cafeterias, delis, or food stands/street vendors during the seven days before your illness? Yes  No

*¿Consumió alimentos o bebidas de algún restaurante, cafés, cafeterías, muestras de alimentos o vendedores de la calle durante los 7 días previos al comienzo de la enfermedad?*

1. Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha Hora*

Address: \_\_\_\_\_

*Dirección*

Foods eaten: \_\_\_\_\_

*Alimentos consumidos*

2. Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha Hora*

Address: \_\_\_\_\_

*Dirección*

Foods eaten: \_\_\_\_\_

*Alimentos consumidos*

3. Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha Hora*

Address: \_\_\_\_\_

*Dirección*

Foods eaten: \_\_\_\_\_

*Alimentos consumidos*

4. Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha Hora*

Address: \_\_\_\_\_

*Dirección*

foods eaten: \_\_\_\_\_

*Alimentos consumidos*

5. Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha Hora*

Address: \_\_\_\_\_

*Dirección*

foods eaten: \_\_\_\_\_

*Alimentos consumidos*

Date/day prior to onset  
*Fecha/día previa a la enfermedad*

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<u>Time of Meal</u> <i>Tipo de comida</i>	<u>Meal</u> <i>Comida</i>	<u>Ate at home</u> <i>En casa</i>	<u>Ate outside of home</u> <i>Fuera de casa</i>	<u>Outside location</u> <i>Localidad</i>	<u>Foods eaten</u> <i>Alimentos consumidos</i>
_____	Breakfast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Dinner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

_____	Breakfast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Dinner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

_____	Breakfast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Dinner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

_____	Breakfast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Dinner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

_____	Breakfast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Dinner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Breakfast: Desayuno | Lunch: Almuerzo | Dinner: Cena | Other: Otro

**FOOD CONSUMPTION HISTORY**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO ALIMENTICIO**

Please indicate for each of the food items listed below whether you definitely ate it, maybe ate it, or definitely did not eat it during the week before illness onset.

*Para cada uno de los siguientes alimentos, por favor indicar si lo consumió, quizá haya comido o seguramente no lo consumió, durante la semana previa a la enfermedad.*

Item <i>Alimento</i>	Ate	Did not eat	May have eaten	How prepared <i>Preparación</i>	Variety or brand <i>Tipo o variedad</i>	Date purchased <i>Fecha-compra</i>	Grocery store where purchased <i>Tienda</i>	Date eaten <i>Fecha/consumo</i>	Restaurant where eaten <i>(include address)</i>
<b>DAIRY</b> <b>LACTEOS</b>									
Eggs <i>Huevos</i>						/ /		/ /	
<p>a. Did you eat a prepared dish (e.g., egg bake, quiche, custard) that contained egg? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Type of dish: _____  <i>¿Consumió algún platillo que llevara huevos? Receta:</i></p> <p>b. Did you sample any batter that used raw egg in the preparation? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  <i>¿Consumió alguna muestra de huevo batido crudo?</i></p>									
Shredded cheese <i>Queso rallado</i>						/ /		/ /	
Processed cheese slices <i>Queso en rodajas/ rebanadas</i>						/ /		/ /	
Barra de queso						/ /		/ /	
String cheese <i>Queso en tiras</i>						/ /		/ /	
Cheese curds <i>Queso frito</i>						/ /		/ /	
Queso fresco or other Mexican style cheese Quesos Mexicanos (Oaxaca, cotija)						/ /		/ /	
Gourmet cheese (e.g., Gouda, blue, or other cow, goat, or sheep cheeses) <i>Quesos finos (Guda, Azul, de cabra)</i>						/ /		/ /	
Ice cream <i>Helado</i>						/ /		/ /	

Item <i>Alimento</i>	Ate	Did not eat	May have eaten	How prepared <i>Preparación</i>	Variety or brand <i>Tipo o variedad</i>	Date purchased <i>Fecha-compra</i>	Grocery store where purchased <i>Tienda</i>	Date eaten <i>Fecha/consumo</i>	Restaurant where eaten <i>(include address)</i>
Frozen dessert treats <i>Postres congelados</i>						/ /		/ /	
Yogurt						/ /		/ /	
Milk alternatives (e.g., soy, almond, or rice milk) <i>Sustitutos de leche (soya, soja, almendra, arroz, etc)</i>						/ /		/ /	
Other dairy (e.g., cottage cheese, cream cheese, sour cream) <i>Otros lacteos (queso crema, crema, crema agria)</i>						/ /		/ /	
<b>MEAT/ POULTRY CARNE/ AVES</b>									
Ground beef <i>Carne molida</i>						/ /		/ /	
	a. Ground beef as an ingredient: type of dish _____ <i>Carne molida como ingrediente: receta</i> b. Ground beef: <b>raw</b> Y N U <b>rare (red in middle)</b> Y N U <b>medium (pink in middle)</b> Y N U <b>well done (no pink)</b> Y N U <i>Carne molida cruda</i> <i>roja en el centro</i> <i>termino medio</i> <i>bien cocida</i>								
Other beef (e.g., steak) <i>Otro corte de res</i>						/ /		/ /	
Chicken (including ground) <i>pollo (incluyendo molido)</i>						/ /		/ /	
Stuffed chicken product (e.g., chicken Kiev) <i>Productos de pollos relleno, empanizado)</i>						/ /		/ /	
Turkey (including ground) <i>Pavo (incluyendo molido)</i>						/ /		/ /	
Pork (e.g., ham, bacon) <i>Cerdo (jamón, tocino)</i>						/ /		/ /	

Item <i>Alimento</i>	Ate	Did not eat	May have eaten	How prepared <i>Preparación</i>	Variety or brand <i>Tipo o variedad</i>	Date purchased <i>Fecha-compra</i>	Grocery store where purchased <i>Tienda</i>	Date eaten <i>Fecha/consumo</i>	Restaurant where eaten <i>(include address)</i>
Lamb <i>Cordero</i>						/ /		/ /	
Sausage <i>Salchicha, Chorizo, longaniza</i>						/ /		/ /	
Other meat/poultry <i>Otras carnes/aves</i>									
Fish <i>Pescado</i>						/ /		/ /	
Shrimp <i>Camarones</i>						/ /		/ /	
Other seafood <i>Otros mariscos</i>						/ /		/ /	
<b>FROZEN FOODS</b> <b>ALIMENTOS CONGELADOS</b>									
Frozen dinners/entrees (e.g., Lean Cuisine, pot pies) <i>Alimentos listos para comer congelados (Lean Cuisine, tamales)</i>						/ /		/ /	
Frozen pizza <i>Pizza congelada</i>						/ /		/ /	
Other frozen microwaveable foods <i>Otros alimentos congelados para el microondas.</i>						/ /		/ /	
<b>FRUITS FRUTAS</b>									
Oranges <i>Naranjas</i>						/ /		/ /	
Other citrus (e.g., grapefruit, lemon, lime, tangerine) <i>Otros citricos (toronjas, limon, mandarinas)</i>						/ /		/ /	
Pears <i>Peras</i>						/ /		/ /	
Apples <i>Manzanas</i>						/ /		/ /	

<b>Item</b> <i>Alimento</i>	<b>Ate</b>	<b>Did not eat</b>	<b>May have eaten</b>	<b>How prepared</b> <i>Preparación</i>	<b>Variety or brand</b> <i>Tipo o variedad</i>	<b>Date purchased</b> <i>Fecha-compra</i>	<b>Grocery store where purchased</b> <i>Tienda</i>	<b>Date eaten</b> <i>Fecha/consumo</i>	<b>Restaurant where eaten</b> <b>(include address)</b>
Other tree fruit (e.g., apricot, plum, nectarine, peach) <i>Otras frutas de árbol (ciruela, durazno)</i>						/ /		/ /	
Strawberries <i>Fresas</i>						/ /		/ /	
Other berries (e.g., blue, black, or raspberries) <i>Otras frutas como las fresas (blueberries, blackberries, frambuesas, moras)</i>						/ /		/ /	
Grapes (specify color) <i>Uvas (color? rojas, verdes)</i>						/ /		/ /	
Bananas <i>Bananas</i>						/ /		/ /	
Watermelon <i>Sandía</i>						/ /		/ /	
Cantaloupe <i>Melón</i>						/ /		/ /	
Honeydew or other melon. <i>Otro tipo de melones como la cantalupo?</i>						/ /		/ /	
Other fruit (e.g., pomegranate, kiwi, mango, pineapple) <i>Otras frutas (kiwi, mango)</i>						/ /		/ /	
Unpasteurized apple cider <i>Cidra o jugo de manzana no pausteurizado</i>						/ /		/ /	
Other unpasteurized juice <i>Otro jugo no pausteurizado</i>						/ /		/ /	

Item <i>Alimento</i>	Ate	Did not eat	May have eaten	How prepared <i>Preparación</i>	Variety or brand <i>Tipo o variedad</i>	Date purchased <i>Fecha-compra</i>	Grocery store where purchased <i>Tienda</i>	Date eaten <i>Fecha/consumo</i>	Restaurant where eaten <i>(include address)</i>
Other juice <i>Otro jugo.</i>						/ /		/ /	
<b>VEGETABLES</b> <b>VEGETALES</b>									
Prepackaged salad <i>Ensaladas listas para comer en bolsa o en paquetadas.</i>						/ /		/ /	
Iceberg <i>Iceberg, la redonda.</i>						/ /		/ /	
Romaine <i>Romana</i>						/ /		/ /	
Spinach <i>Espinaca</i>						/ /		/ /	
Cabbage <i>Repollo</i>						/ /		/ /	
Other lettuce/leafy greens (e.g., red leaf, radicchio, endive) <i>Otros hojas verdes (acelga, berro)</i>						/ /		/ /	
Tomatoes (e.g., vine-on, heirloom, roma, beefsteak, grape – including on a sandwich or salad) <i>Tomates (de cualquier variedad)</i>						/ /		/ /	
Cucumbers <i>Pepinos</i>						/ /		/ /	
Peppers (e.g., green, yellow, red, jalapeno, serrano) <i>Pimientos (verde, amarillo, rojo, jalapeno, serrano)</i>						/ /		/ /	
Asparagus <i>Espárragos</i>						/ /		/ /	
Celery <i>Apio</i>						/ /		/ /	
Carrots (specify baby)						/ /		/ /	

Item <i>Alimento</i>	Ate	Did not eat	May have eaten	How prepared <i>Preparación</i>	Variety or brand <i>Tipo o variedad</i>	Date purchased <i>Fecha-compra</i>	Grocery store where purchased <i>Tienda</i>	Date eaten <i>Fecha/consumo</i>	Restaurant where eaten <i>(include address)</i>
Radishes <i>Rabanos</i>						/ /		/ /	
Pea pods/snap peas <i>Arvejas</i>						/ /		/ /	
Onions (red/white/yellow) <i>Cebolla (roja/blanca / amarilla)</i>						/ /		/ /	
Green onions/scallions <i>Cebollin</i>						/ /		/ /	
Broccoli <i>Brocoli</i>						/ /		/ /	
Cauliflower <i>Coliflores</i>						/ /		/ /	
Sprouts (e.g., alfalfa, bean, radish, clover) <i>Alfalfa (brotes de soya)</i>						/ /		/ /	
Cilantro/parsley (specify which) <i>Cilantro/ perejil (especificar)</i>						/ /		/ /	
Other fresh herbs (e.g., basil, thyme, mint, sage) <i>Otras hievas frescas (albahaca, tomillo, hierbabuena)</i>						/ /		/ /	
Mushrooms (portabella, white, crimini) <i>Hongos</i>						/ /		/ /	
Tofu <i>Tofu</i>						/ /		/ /	
Other vegetables <i>Otros vegetales</i>						/ /		/ /	
<b>OTHER OTROS</b>									

<b>Item</b> <i>Alimento</i>	<b>Ate</b>	<b>Did not eat</b>	<b>May have eaten</b>	<b>How prepared</b> <i>Preparación</i>	<b>Variety or brand</b> <i>Tipo o variedad</i>	<b>Date purchased</b> <i>Fecha-compra</i>	<b>Grocery store where purchased</b> <i>Tienda</i>	<b>Date eaten</b> <i>Fecha/consumo</i>	<b>Restaurant where eaten</b> <b>(include address)</b>
Nuts (e.g., almonds, pecans, walnuts, peanuts, cashews, other type) -specify roasted, raw, in the shell <i>Nueces y Semillas</i> <i>(almendras, pacanas, nueces, cacahuetes, marañones, otros)</i>						/ /		/ /	
Hummus or tahini (specify)						/ /		/ /	
Sesame seeds <i>Semillas de sésamo</i>						/ /		/ /	
Other seeds (e.g., flax, sunflower, alfalfa) <i>Otras semillas</i>						/ /		/ /	
Bean-type snacks (e.g., soybeans, garbanzo beans, corn nuts, chickpeas, fava beans, wasabi peas) <i>Botanas de granos o legumbres</i> <i>(Habas de soya/soja, garbanzos, maicitos)</i>						/ /		/ /	
Salsa <i>Salsa, Chirmol</i>						/ /		/ /	
Avocado (including guacamole) <i>Aguacate</i> <i>(guacamole)</i>						/ /		/ /	
Spices: - Black pepper <i>Especias:</i> <i>-Pimienta negra</i>						/ /		/ /	
- White pepper <i>Pimienta blanca</i>						/ /		/ /	
- Paprika <i>Paprika, pimentón dulce</i>						/ /		/ /	

<b>Item</b> <i>Alimento</i>	<b>Ate</b>	<b>Did not eat</b>	<b>May have eaten</b>	<b>How prepared</b> <i>Preparación</i>	<b>Variety or brand</b> <i>Tipo o variedad</i>	<b>Date purchased</b> <i>Fecha-compra</i>	<b>Grocery store where purchased</b> <i>Tienda</i>	<b>Date eaten</b> <i>Fecha/consumo</i>	<b>Restaurant where eaten</b> <b>(include address)</b>
- Other spices (e.g., oregano, cumin) <i>Otras especias (orégano, comino)</i>						/ /		/ /	
Spice rubs or blends <i>Suavisador de carnes o especias para asar, hornear carnes.</i>						/ /		/ /	
Peanut butter <i>Mantequilla de maní</i>						/ /		/ /	
Chocolate <i>Chocolate</i>						/ /		/ /	
Trail mix <i>Mezcla de semillas con chocolate y granola</i>									
Chips, crackers, snack foods  <i>Papalinas, galletas saladas, botanas de papa o quesitos fritos tipo chips, tortilla chips.</i>						/ /		/ /	
Nutritional supplements  <i>Suplementos Nutricionales</i>						/ /		/ /	
Anything I didn't ask?  <i>¿Algo mas que no le haya preguntado?</i>						/ /		/ /	

**If Adult Case:**  
 What is your occupation? \_\_\_\_\_  
*¿Cuál es su ocupacion?*

Name of employer? \_\_\_\_\_  
*¿Nombre de su empleador?*

Address/city of employer? \_\_\_\_\_  
*Dirección/ciudad del empleador*

Work phone number \_\_\_\_\_  
*Número de telefono del trabajo*

**If Child Case:**  
 Child's school name/address: \_\_\_\_\_  
*Nombre/dirección de la escuela del paciente*

Parent 1 occupation: \_\_\_\_\_  
*Ocupación del padre:*

Parent 2 occupation: \_\_\_\_\_  
*Ocupación de la madre:*

\*\*\*Last updated 1/2011\*\*\*

**For Food Workers only:**  
 Work restrictions may apply to people with \_\_\_\_\_ infections who work in food service. You will be contacted by an epidemiologist if restrictions apply to you.

*Las personas con infecciones a causa de \_\_\_\_\_ puede que tengan restricciones para trabajar en los servicios de alimentacion o de manipular la comida. Si esta restricción le aplica a usted, un epidemiólogo le contactará.*

Statement read

**At the end of interview:**

Race: \_\_\_\_\_

Ethnicity: \_\_\_\_\_