

Date: ___/___/___

Tennessee

Interviewer: _____ Bacteria _____ Species/serotype _____ Subtype _____
Entrevistador: Bacteria Especie/serotipo Subtipo

Shigella Disease Worksheet

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

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

Race _____ Ethnicity _____
Raza Etnia

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

Were you on any medication in the month prior to your illness? Y N
If yes, what brand? _____

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. Have you/your child had contact with young children in a childcare setting prior to or following your/his/her illness?
¿Su hijo/a tuvo contacto con otros niños en una guardería/daycare antes o después de su enfermedad? Y N

If yes, what dates: _____
Si sí, ¿qué fechas?

Name of Daycare: _____

Name of Daycare Director: _____

City: _____

Phone Number: _____

Are you aware of any other illness in daycare? Y N

Did your child attend daycare with a diarrheal illness? Y N

Date(s): _____

For all daycare attendees and employees:

We will contact the daycare provider to determine if any other children have been ill and to provide information and recommendations to prevent the spread of illness. Do you have any concerns about disclosing your/your child's name to the daycare? Yes, I do have concerns No, I do not have concerns

Tennessee read

If you/your child still has diarrhea, you/he/she may not attend daycare until fully recovered. An epidemiologist will contact you as soon as possible if additional restrictions apply.

2. Are there any (other) children in your household? Y N

If yes:

Name of Child	Age	Attend Daycare/Childcare?	Attend School?	Diarrheal illness?
		<input type="checkbox"/> Y : _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: ___/___/___
		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> Y : _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: ___/___/___
		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> Y : _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: ___/___/___
		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> Y : _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: _____ _____	<input type="checkbox"/> Y: ___/___/___
		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N

3. 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?

4. 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 any untreated/raw water during the week prior to your illness?

Durante la semana anterior a la enfermedad estomacal, ¿tomó agua no tratada o cruda?: Yes No

If yes, where? _____

Si sí, ¿en dónde?

6. 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? _____

Si fue así, ¿en dónde?

When? Before onset _____ After onset _____
¿Cuándo? Antes del comienzo de la enfermedad Después del comienzo de la enfermedad

7. 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?

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 Alimento	Ate	Did not eat	May have eaten	How prepared Preparación	Variety or brand Tipo o variedad	Date purchased Fecha- compra	Grocery store where purchased Tienda	Date eaten Fecha/cons umo	Restaurant where eaten (include address)
DAIRY LACTEOS									
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?</i> Receta:</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</i> (<i>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/cons-umo</i>	Restaurant where eaten (include address)
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>						/ /		/ /	
MEAT/ POULTRY CARNE/ AVES									
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: raw Y N U rare (red in middle) Y N U medium (pink in middle) Y N U well done (no pink) 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,</i>						/ /		/ /	

<i>Item Alimento</i>	Ate	Did not eat	May have eaten	How prepared Preparación	Variety or brand Tipo o variedad	Date purchased Fecha-compra	Grocery store where purchased Tienda	Date eaten Fecha/cons- umo	Restaurant where eaten (include address)
<i>tocino)</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>						/ /		/ /	
FROZEN FOODS ALIMENTOS CONGELADOS									
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>						/ /		/ /	
FRUITS <i>FRUTAS</i>									
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>						/ /		/ /	
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/cons-umo</i>	Restaurant where eaten (include address)
Other tree fruit (e.g., apricot, plum, nectarine, peach) <i>Otras frutas de arbol (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/cons-umo</i>	Restaurant where eaten (include address)
Other juice <i>Otro jugo.</i>						/ /		/ /	
VEGETABLES VEGETALES									
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,</i>						/ /		/ /	

<i>jalapeno, serrano</i>									
Asparagus <i>Espárragos</i>						/ /		/ /	
Celery <i>Apio</i>						/ /		/ /	
Carrots (specify baby or normal) <i>Zanahorias</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 (include address)
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, hiervabuena)</i>						/ /		/ /	
Mushrooms (portabella, white, crimini) <i>Hongos</i>						/ /		/ /	
Tofu <i>Tofu</i>						/ /		/ /	

Other vegetables <i>Otros vegetales</i>						/ /		/ /	
OTHER OTROS									
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/cons-umo</i>	Restaurant where eaten (include address)
Nuts (e.g., almonds, pecans, walnuts, peanuts, cashews, other type) -specify roasted, raw, in the shell <i>Nueces y Semillas (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 (Habas de soya/soja, garbanzos, maicitos)</i>						/ /		/ /	
Salsa <i>Salsa, Chirmol</i>						/ /		/ /	
Avocado (including guacamole) <i>Aguacate (guacamole)</i>						/ /		/ /	
Spices: - Black pepper						/ /		/ /	

<i>Espicias: -Pimienta negra</i>									
- White pepper <i>Pimienta blanca</i>						/ /		/ /	
- Paprika <i>Paprika, pimentón dulce</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/cons-umo</i>	Restaurant where eaten (include address)
- 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: _____