

	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC15-01
	FICHA DE SEGUIMIENTO A INTOXICACIONES	Versión: 01

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO**

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ALIMENTO**

ALIMENTO INGERIDO: \_\_\_\_\_

# DE PERSONAS QUE HAN CONSUMIDO EL ALIMENTO: \_\_\_\_\_

INGREDIENTES DEL ALIMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MANIPULADOR: \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO DEL ALIMENTO: \_\_\_\_\_

**SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MUESTRAS TOMADAS:**

BIOLOGICAS: \_\_\_\_\_ ALIMENTO: \_\_\_\_\_ MANIPULADOR: \_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TÉCNICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA QUIEN ATIENDE LA VISITA