

 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER</p>	<b>SALUD PUBLICA</b>	<b>Código: F-SP-VC15-01</b>
	<b>FICHA DE SEGUIMIENTO A INTOXICACIONES (NOTIFICACION INDIVIDUAL)</b>	<b>Fecha Aprobacion: 10/09/12</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Página 1 de 1</b>

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**