SUNIBROM
SUPERIOR UNIDAD
BROMATOLÓGICA PROVINCIAL
MINISTERIO DE SALUD JUJUY

DENUNCIA TIPO I
MUNICIPIOS (SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA)

San Salvador de Jujuy, a los ___días del mes de _____ de 20___.

A la Bioq. Sonia Beatriz Garcia
Jefa del Departamento SUNIBROM
S____ /_____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de realizar la correspondiente Denuncia de Intoxicación Alimentaria, según datos que informo a continuación (MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE SE ENCUENTRA ENTRE PARENTESIS.

ORIGEN

MUNICIPIO:_____

MOTIVO DE LA DENUNCIA: _____

NUMERO DE PERSONAS AFECTADAS:_____

PRESENTAR ANTES DE LAS 48 HORAS HABILES, MUESTRA DE LO DENUNCIADO Y/O **ACTUACIONES** REALIZADAS HASTA EL MOMENTO, CASO CONTRARIO SE DESESTIMARÁ LA DENUNCIA

1- IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE NOTIFICA LA DENUNCIA perteneciente al Municipio.

*NOMBRE Y Y APELLIDO:_____
*DNI:_____
*DOMICILIO:_____
*DEPARTAMENTO_____ *LOCALIDAD:_____

*TELEF: _____ MAIL: _____
*Datos obligatorios

2-IDENTIFICACION DE LA/LAS PERSONA/S AFECTADA/S

NOMBRE Y APELLIDO:_____
DNI: _____
DOMICILIO:_____
DEPARTAMENTO_____ LOCALIDAD:_____
EDAD: _____ SEXO: F ( ) M ( )
TELEF:_____ MAIL: _____

LA PERSONA AFECTADA ES : MANIPULADOR ( ) CONSUMIDOR FINAL ( )

Nº DE MUESTRA:.....

3-ALIMENTO SOSPECHOSO: _____

CONTENIDO EN ENVASE: CERRADO ( ) ABIERTO ( ); SIN ENVASE ( ) ; EN ENVASES ESTÉRILES: ( )

A) E*s un alimento comprado*: ENVASADO Y CON ROTULACION ( ) VENTA AL PESO ( )
LUGAR DE COMPRA DEL ALIMENTO (DIRECCIÓN DE SER POSIBLE): _____
FECHA Y HORA DE LA COMPRA:_____
FECHA Y HORA EN LA QUE ABRIO EL ENVASE: _____
FECHA Y HORA EN LA QUE CONSUMIO EL ALIMENTO: _____
FECHA Y HORA DEL COMIENZO DE LOS SINTOMAS : _____

B) *Es un alimento ingerido en*: UN EVENTO ( ) REUNION FAMILIAR ( ) LOCAL COMERCIAL ( )
OTROS: _____
FECHA Y HORA EN QUE CONSUMIO EL ALIMENTO :_____
FECHA Y HORA DEL COMIENZO DE LOS SINTOMAS: _____
SE ENCUENTRA: HOSPITALIZADO: ( ) EN SU DOMICILIO: ( )
OTRO(especificar):_____

C) *Estado del alimento al momento de la ingestión* (describa el alimento):

SABOR:_____

OLOR:_____

COLOR:_____

TEXTURA:_____

Otras observaciones: _____

_____

_____

4- OTROS ALIMENTOS CONSUMIDOS

MENCIONAR OTROS ALIMENTOS CONSUMIDOS EL MISMO DIA:
_____
_____
_____

MENCIONAR LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LAS ULTIMAS 48- 72 hs (anteriores al inicio de los sìntomas:_____
_____
_____
_____

5-SINTOMAS CLINICOS (marcar con una cruz lo que corresponda)

DIA DE INICIO DE LOS SINTOMAS: _____ HORA: _____

SINTOMAS	SI	NO	IGNORA
DIARREA			
VOMITO			
DOLOR DE CABEZA			
DOLOR ABDOMINAL			
DOLOR MUSCULAR			
FIEBRE			
ERUPCIONES CUTANEAS			
NAUSEAS			

OTROS (especificar): _____
_____

	CUANTAS (Nº)	NIÑOS	ADULTOS
PERSONAS QUE COMIERON EL MISMO ALIMENTO			
PERSONAS QUE TUVIERON LOS SINTOMAS			

6 – AL MOMENTO DE LA DENUNCIA EL AFECTADO ADJUNTA ADEMAS FOTOCOPIAS DE :

TICKET O FACTURA DE LA COMPRA ( ) ANALISIS CLINICOS ( ) OTROS (especificar): _____

_____

SUNIBROM investigará la denuncia para prevenir problemas de salud en la comunidad e informar al damnificado. Es importante aclarar que este informe no podrá ser utilizado para realizar denuncias legales.

Firma _____
Aclaración _____
DNI_____
TELEF._____
MAIL _____