SUNIBROM
SUPERIOR UNIDAD
BROMATOLÓGICA PROVINCIAL
MINISTERIO DE SALUD JUJUY

DENUNCIA TIPO I (CONSUMIDORES) SINTOMATOLGÍA CLINICA

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 :

Particular ( ) Organismo Público: ( ) Organismo Privado ( ) Otro: ( )

Especificar en caso de Organismos, cual es: _____

NUMERO DE PERSONAS AFECTADAS:_____

DEBERÁ PRESENTAR ANTES DE LAS 48 HORAS LA MUESTRA DENUNCIADA. EN CASO DE NO HACERLO SE DESESTIMARA LA DENUNCIA. PODRA ENVIAR EL TIKETS DE LA COMPRA EN FORMATO PDF AL CORREO O PESENTAR UNA COPIA EN MESA DE ENTRADAS DE SUNIBROM

1- IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE NOTIFICA LA DENUNCIA .

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

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 FINALL ( )

Nº DE MUESTRA:.....

3-ALIMENTO SOSPECHOSO: _____

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

A) *es 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 : _____
*DATO OBLIGATORIO

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 su denuncia para prevenir problemas de salud en la comunidad. Su denuncia puede indicar un RIESGO PARA LA POBLACIÓN, que pueden resultar perjudicadas. Según la naturaleza del RIESGO, se adoptarán las medidas que se consideren necesarias para garantizar la provisión de productos seguros.

Con la información que usted aporta, SUNIBROM, a través de inspecciones, análisis y/o consultas, investigará lo ocurrido para determinar dónde y cuáles fueron las causas para corregirlas.

En caso que corresponda, se investigará a fin de determinar quienes fueron responsables imponiendo sanciones a las personas y/o empresas responsables. Por tal motivo la Ficha de Denuncia se debe acompañar de un comprobante que acredite la adquisición del alimento involucrado.

Cabe aclarar que las denuncias son anónimas, los datos personales que se solicitan son para poder establecer un nuevo contacto con el denunciante. Todas las denuncias reciben respuesta, pero no de manera instantánea ya que las investigaciones pueden durar varias semanas. **Es importante que tenga en claro que SUNIBROM no puede ayudarlo a recuperar su dinero ni a iniciar acciones legales por los daños que haya sufrido como consecuencia de la compra de ese producto.**

Firma _____
Aclaración _____
DNI_____
TELEF._____
MAIL _____