

**CDC LISTERIA INITIATIVE**  
**SPANISH VERSION**

Completed by \_\_\_\_\_ Date completed \_\_\_\_\_

Form Approved  
 OMB No.0920-0004

**BOX 1: CASE-PATIENT INFORMATION**

Case-patients = adults and children >1 month of age. For fetal or neonatal infections, the MOTHER is the case-patient.

Patient's name: \_\_\_\_\_ Surrogate's name: \_\_\_\_\_

Patient's street address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone numbers: (h) \_\_\_\_\_ (w) \_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_\_

Hospital name(s): \_\_\_\_\_ Hospital contact name(s): \_\_\_\_\_

Hospital contact numbers: \_\_\_\_\_

-----detach here to remove personal identifiers if necessary

State of residence: \_\_\_\_ Ethnicity (check one): \_\_\_\_\_ Race (check all that apply): \_\_\_\_\_

Sex:  M  F

Age: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)

Hispanic/Latino

Non-Hispanic/Latino

Unknown

African American/Black

Asian

Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Native American/Alaska Native

White

Unknown

State or local epi case ID: \_\_\_\_\_

FoodNet ID (if applicable): \_\_\_\_\_

CDC outbreak (NORS) ID: \_\_\_\_\_

**BOX 2: IS LISTERIA CASE ASSOCIATED WITH PREGNANCY? (Illness in pregnant woman, fetus, or neonate ≤1 month)**

- Yes *If yes, skip to Box 4.*  
 No *If no, continue with Box 3.*  
 Unknown *If unknown, continue with Box 3.*

**BOX 3: CASES NOT ASSOCIATED WITH PREGNANCY (Illness in non-pregnant adults and children > 1 month of age)**

Type(s) of specimen(s) that grew <i>Listeria</i> (check all that apply)	Specimen collection date (mm/dd/yyyy)	Submitting lab (state, city, county)	State public health lab isolate ID # (Important: must have at least one)
<input type="checkbox"/> Blood			
<input type="checkbox"/> CSF			
<input type="checkbox"/> Stool			
<input type="checkbox"/> Other (specify)			
<input type="checkbox"/> Other (specify)			

Type(s) of illness (check all that apply)	Was patient hospitalized for listeriosis?	Patient's outcome
<input type="checkbox"/> Bacteremia/sepsis	<input type="checkbox"/> Yes <i>If yes:</i>	<input type="checkbox"/> Survived
<input type="checkbox"/> Meningitis	Admit date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Died
<input type="checkbox"/> Febrile gastroenteritis	Discharge date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Unknown
<input type="checkbox"/> Other (specify)	<input type="checkbox"/> Still hospitalized	
<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Unknown	

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ASTSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia, 3033; ATTN: PRA (0920-0004).

**CDC LISTERIA INITIATIVE  
SPANISH VERSION**

State public health lab isolate ID # \_\_\_\_\_

<b>BOX 4: CASES ASSOCIATED WITH PREGNANCY (Illness in pregnant woman, fetus, or neonate ≤1 month of age)</b>					
<b>Type(s) of specimen(s) that grew <i>Listeria</i></b> (check all that apply)	<b>Specimen collection date</b> (mm/dd/yyyy)	<b>Submitting Lab</b> (state, city, county)		<b>State public health lab isolate ID #</b> (Important: must have at least one)	
<input type="checkbox"/> Blood from mother					
<input type="checkbox"/> Blood from neonate					
<input type="checkbox"/> CSF from mother					
<input type="checkbox"/> CSF from neonate					
<input type="checkbox"/> Stool from mother					
<input type="checkbox"/> Placenta					
<input type="checkbox"/> Amniotic fluid					
<input type="checkbox"/> Other (specify) _____					
<input type="checkbox"/> Other (specify) _____					
<b>Outcome of pregnancy (single gestation or twin 1)</b> (check one)	<b>Weeks of gestation</b>	<b>Date</b> (mm/dd/yyyy)	<b>Outcome of pregnancy (twin 2)</b> (check one)	<b>Weeks of gestation</b>	<b>Date</b> (mm/dd/yyyy)
<input type="checkbox"/> Still pregnant		___/___/___	<input type="checkbox"/> Still pregnant		___/___/___
<input type="checkbox"/> Fetal death (miscarriage or stillbirth)		___/___/___	<input type="checkbox"/> Fetal death (miscarriage or stillbirth)		___/___/___
<input type="checkbox"/> Induced abortion		___/___/___	<input type="checkbox"/> Induced abortion		___/___/___
<input type="checkbox"/> Delivery (live birth)		___/___/___	<input type="checkbox"/> Delivery (live birth)		___/___/___
<input type="checkbox"/> Other (specify) _____		___/___/___	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____		___/___/___
<b>Type(s) of illness in mother</b> (check all that apply)	<b>Type(s) of illness in neonate (twin 1)</b> (check all that apply)		<b>Type(s) of illness in neonate 2 (twin 2)</b> (check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Bacteremia/sepsis	<input type="checkbox"/> Bacteremia/sepsis		<input type="checkbox"/> Bacteremia/sepsis		
<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Meningitis		<input type="checkbox"/> Meningitis		
<input type="checkbox"/> Febrile gastroenteritis	<input type="checkbox"/> Pneumonia		<input type="checkbox"/> Pneumonia		
<input type="checkbox"/> Amnionitis	<input type="checkbox"/> Granulomatosis infantisepticum		<input type="checkbox"/> Granulomatosis infantisepticum		
<input type="checkbox"/> Non-specific “flu-like” illness	<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> None		
<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____		<input type="checkbox"/> Other (specify) _____		
<input type="checkbox"/> Other (specify) _____	<input type="checkbox"/> Unknown		<input type="checkbox"/> Unknown		
<input type="checkbox"/> Unknown					
<b>Was mother hospitalized for listeriosis?</b>	<b>Was neonate (twin 1) hospitalized for listeriosis?</b>		<b>Was neonate 2 (twin 2) hospitalized for listeriosis?</b>		
<input type="checkbox"/> Yes <i>If yes:</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>If yes:</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>If yes:</i>		
Admit date: ___/___/___	Admit date: ___/___/___		Admit date: ___/___/___		
Discharge date: ___/___/___	Discharge date: ___/___/___		Discharge date: ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Still hospitalized	<input type="checkbox"/> Still hospitalized		<input type="checkbox"/> Still hospitalized		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Unknown		<input type="checkbox"/> Unknown		
<b>Mother’s outcome</b>	<b>Neonate’s (twin 1’s) outcome</b>		<b>Neonate 2’s (twin 2’s) outcome</b>		
<input type="checkbox"/> Survived	<input type="checkbox"/> Survived		<input type="checkbox"/> Survived		
<input type="checkbox"/> Died	<input type="checkbox"/> Died		<input type="checkbox"/> Died		
<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Unknown		<input type="checkbox"/> Unknown		

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

<b>ENTREVISTA DE PACIENTE-CASO</b>			
Fecha de la entrevista(mm/dd/aaaa): ____/____/____		Iniciales del entrevistador: _____	
Entrevistado: <input type="checkbox"/> Paciente-caso <input type="checkbox"/> Representante <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Si es el representante, relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____			
¿Cuándo se enfermó? (comienzo de la enfermedad) (mm/dd/aaaa): ____/____/____ <input type="checkbox"/> No corresponde (p. ej., mujer embarazada sin síntomas clínicos)			
Durante las 4 semanas anteriores a su enfermedad (fecha de entrega), ¿fue internada en un hospital (≥)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
Durante las 4 semanas anteriores a su enfermedad (fecha de entrega), ¿estaba residiendo un asilo de ancianos u otro establecimiento de cuidados prolongados? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
Si es Sí, fecha de admisión (mm/dd/aaaa) ____/____/____			
Fecha de alta hospitalaria (mm/dd/aaaa) ____/____/____ o <input type="checkbox"/> Todavía hospitalizado o residiendo en un centro de cuidados			
En las 4 semanas antes de enfermarse (fecha de entrega), ¿salió del estado donde reside para viajar a otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
Si es "Sí", mencione los estados que visitó _____			
Durante las 4 semanas antes de enfermarse (fecha de entrega), ¿viajó afuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
Si es "Sí", mencione los países que visitó _____			
Si es Sí, fecha de salida de los EE. UU. (mm/dd/aaaa): ____/____/____			
Fecha de retorno a los EE. UU. (mm/dd/aaaa): ____/____/____			
¿Cuáles de los síntomas siguientes se asociaron a su enfermedad? ( <i>leerle cada uno</i> )			
Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Escalofríos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Rigidez de cuello	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Diarrea(≥3 veces al día con heces)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Trabajo de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

<b>ANTECEDENTES ALIMENTARIOS</b>
<b>INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:</b> Pregunte al paciente-caso sobre los alimentos que consumió en las 4 semanas anteriores a la FECHA DE RECOLECCIÓN de su muestra de listeria. En caso de muerte fetal o infección neonatal (<1 mes de edad), la MADRE es el paciente-caso y a ella se le debe preguntar sobre sus antecedentes alimentarios durante las 4 semanas anteriores al PARTO. Por favor, refiérase al paciente hablándole de "usted", si entrevista directamente al paciente-caso; si entrevista a un representante, refiérase al paciente como "él" o "ella".

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA LEER AL PACIENTE-CASO (O AL REPRESENTANTE):**

Me interesa saber qué tipo de alimentos consumió en las 4 semanas antes de que enfermara (*fecha de entrega*). Veo que el resultado de su prueba de listeriosis (*entregada*) el fue positivo. Durante casi toda la entrevista, las preguntas que le haré se referirán a las 4 semanas anteriores a esa fecha, esto es, de (*fecha correspondiente a 4 semanas antes*) hasta (*fecha de recolección/entrega de la muestra*). (*Pídale al paciente que procure tener a mano un calendario para usarlo de referencia.*) Primero, quisiera preguntarle dónde compró los alimentos que consumió. Le voy a leer una lista de lugares donde se pueden comprar alimentos. Para cada uno, dígame si comió alimentos comprados de ese lugar en el periodo mencionado de 4 semanas. Puede ser difícil que se acuerde de algo tan lejano, pero intente recordar lo mejor posible. Si no está seguro, dígame si es probable o poco probable que haya consumido alimentos de ese local.

**I. ANTECEDENTES DE COMPRAS DE ALIMENTOS**

**A. Tiendas de comestibles** ¿Consumió alimentos comprados de alguna tienda de comestibles en ese periodo de 4 semanas? (*Léale todas las opciones.*)

Sí    Es probable    No es probable    No      *Si es Sí o probable,*

Nombre de la tienda	Dirección	Ciudad	Condado	Estado
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**B. Tiendas de carnes frías, mercados pequeños, mercados agrícolas:** ¿Consumió alimentos comprados en tiendas de carnes frías, mercados pequeños u otros locales pequeños o de mercados agrícolas durante ese periodo de 4 semanas?  Sí    Es probable    No es probable    No      *Si es Sí o probable,*

Nombre de la tienda	Dirección	Ciudad	Condado	Estado
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**C. Restaurantes:** ¿Consumió alimentos en algún restaurante, como restaurantes donde le sirven en la mesa o donde venden comida para llevar, durante ese periodo de 4 semanas?

Sí    Es probable    No es probable    No      *Si es Sí o probable,*

Nombre del restaurante	Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Fechas en que comió ahí (mm/dd/aaaa)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**D. Otros establecimientos o locales: comedores escolares, puestos de concesiones, instituciones:** ¿Comió comida comprada o adquirida de otros establecimientos como comedores escolares, puestos de concesiones, puestos callejeros, instituciones (p. ej., comida de hospital), granjas locales o vendedores privados durante el periodo de 4 semanas?

Sí  Es probable  No es probable  No *Si es Sí o probable,*

Nombre	Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Fechas en que comió ahí (mm/dd/aaaa)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

**II. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALIMENTOS**

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Por favor, lea todas las opciones de cada categoría al paciente-caso. Para los nombres de puntos de compra, es preferible usar los códigos de la Sección I, por ej., A1 para primera tienda de comestibles, A3 para tercera tienda de comestibles y C5 para quinto restaurante. La SECCIÓN DE CARNES FRÍAS sirve porciones o platillos de ensaladas, quesos y carnes rebanadas AHÍ MISMO, en el mostrador de una tienda de comestibles, mercado o tienda de carnes frías. Los alimentos rebanados o empacados EN LA FÁBRICA y vendidos en paquetes previamente empacados en refrigeradores de autoservicio en la tienda NO se consideran parte del mostrador de carnes frías

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA LEER AL PACIENTE-CASO (O AL REPRESENTANTE):**

Ahora quisiera preguntarle sobre los alimentos que consumió entre \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (fecha correspondiente a 4 semanas antes) hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (fecha de recolección/entrega de la muestra). De cada alimento, dígame como mejor recuerde si **LO COMIÓ**, no está seguro, pero **PROBABLEMENTE LO COMIÓ**, no está seguro, pero **PROBABLEMENTE NO LO COMIÓ** o **NO LO COMIÓ**.

**CARNES:** En el periodo de 4 semanas, ¿comió alguno de los siguientes productos de **CORTES DE EMBUTIDOS, CARNES FRÍAS O FIAMBRES?**

	Comió (=1)	Probable- mente comió (=2)	Probable- mente NO comió (=3)	NO comió (=4)	<i>Si comió o probablemente comió, ¿Con qué frecuencia?</i>	<i>Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró? ( todos los que correspondan)</i>	<i>Nombre de las tiendas o restaurantes: ( todos los que correspondan)</i>	<i>Tipos o marcas: ( todos los que correspondan)</i>
Jamón	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____		
Bologna	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____		
Pechuga de pavo	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____		
Otro tipo de fiambre de pavo (p. ej., jamón de pavo)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____		

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

	Comió (=1)	Probable- mente comió (=2)	Proba- blemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	<i>Si comió o probablemente comió, ¿Con qué frecuencia?</i>	<i>Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró?      Nombre de las tiendas o restaurantes:      Tipos o marcas:</i> ( todos los que correspondan )      ( todos los que correspondan )      ( todos los que correspondan )
Fiambre de pollo (pollo que no sea fresco ni rostizado)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Pastrami/ Corned beef	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Otras carnes frías/ fiambres (especificar)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Paté o untado de carne no enlatado	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Hot dogs (perros calientes)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
<i>Si es sí, ¿los hot dogs fueron:</i> <input type="checkbox"/> Calentados antes de su consumo <input type="checkbox"/> No calentados antes de su consumo (los comió directamente del empaque)						

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**QUESOS:** En las 4 semanas entre \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha correspondiente a 4 semanas antes) hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha de recolección/entrega de la muestra), ¿comió alguno de los siguientes QUESOS?

Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	Si comió, ¿con qué frecuencia?	Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró? ( todos los que correspondan )	Nombre de las tiendas o restaurantes: ( todos lo que correspondan )	Tipos o marcas: ( todos los que correspondan )	
Brie	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías/mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Feta	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías/mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Camembert	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías/mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Queso de cabra	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías/mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Azul o gorgonzola	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías/mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	<i>Si comió, ¿qué tan frecuentemente?</i>	<i>Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró? Nombre de las tiendas o restaurantes: Tipos o marcas:</i> <i>(todos los que correspondan) (todos los que correspondan) (todos los que correspondan)</i>
Queso estilo mexicano (Queso fresco, queso blanco)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Queso de granja	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Queso crudo (de leche no pasteurizada)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Otro queso blanco blando (no queso crema, cottage ni ricotta – especificar)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**ENSALADAS LISTAS PARA SERVIR:** En el periodo de 4 semanas, ¿comió alguna de las siguientes ensaladas compradas en las tiendas listas para servir (que NO FUERON PREPARADAS EN CASA)?

	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	Si comió, ¿con qué frecuencia?	Si comió o probablemente comió, ¿Dónde las compró? ( todos los que correspondan)	Nombre de las tiendas o restaurantes: ( todos lo que correspondan)	Tipos o marcas: ( todos los que correspondan)
Ensalada de papas	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____	_____
Ensalada de pasta	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____	_____
Ensalada de atún	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____	_____
Ensalada de frijoles	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____	_____
Hummus	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Otro establecimiento <input type="checkbox"/> No sabe <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b>	_____	_____

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
	Comió (=1)	Proba- blemente comió (=2)	Proba- blemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	<i>Si comió, ¿con qué frecuencia?</i>	<i>Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró?      Nombre de las tiendas o restaurantes: ( todos los que correspondan)      ( todos lo que correspondan)      Tipos o marcas: ( todos los que correspondan)</i>	
Ensalada de repollo	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Ensalada de mariscos	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Ensalada de frutas (incluida ensalada de una sola fruta partida en trozos)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Otras ensaladas listas para servir con carne, verduras o fruta no hechas en casa (especificar)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**PRODUCTOS DE MAR:** En las 4 semanas entre \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha correspondiente a 4 semanas antes) hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha de recolección/entrega de la muestra), ¿comió alguno de los siguientes platillos de pescados o mariscos listos para servir?

	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)			
Camarón precocido	1	2	3	4	<b>Si comió, ¿con qué frecuencia?</b> <input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<b>Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró?</b> <b>Nombre de las tiendas o restaurantes:</b> _____ <b>Tipos o marcas:</b> _____ <i>( todos los que correspondan) ( todos los que correspondan) ( todos los que correspondan)</i>	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Cangrejo precocido (incluida la carne de imitación de cangrejo)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	<b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Pescado ahumado o curado no enlatado (p. ej., salmón ahumado)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	<b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**Frutas:** En las 4 semanas entre \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha correspondiente a 4 semanas antes) hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha de recolección/entrega de la muestra), ¿comió alguna de los siguientes productos de frutas?

Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	Si comió, ¿con qué frecuencia?	Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró? Nombre de las tiendas o restaurantes: Tipos o marcas:
					(todos los que correspondan) (todos los que correspondan) (todos los que correspondan)
Melón gota de miel	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Melón cantalupo	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Sandía	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____ <b>¿Compró este producto del mostrador de carnes frías de cualquiera de esos establecimientos?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

**LECHE:** En las 4 semanas entre \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha correspondiente a 4 semanas antes) hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha de recolección/entrega de la muestra), ¿comió alguno de los siguientes tipos de leche?

	Tomó (=1)	Probablemente tomó (=2)	Probablemente NO tomó (=3)	NO tomó (=4)	Si tomó, ¿con qué frecuencia?	Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró? (todos los que correspondan)	Nombre de las tiendas o restaurantes: (todos los que correspondan)	Tipos o marcas: (todos los que correspondan)
Leche entera	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Leche al 2%	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Leche al 1%	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Leche descremada	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Otro tipo de leche: leche con chocolate, nata (buttermilk), etc. (especificar)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías _____ /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

**LISTERIA CASE FORM**  
**SPANISH VERSION**

Patient State Laboratory ID No. \_\_\_\_\_

<b>OTROS PRODUCTOS LÁCTEOS:</b> En el periodo de 4 semanas, ¿comió alguno de los siguientes productos lácteos?								
Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)		<i>Si comió, ¿con qué frecuencia?</i>	<i>Si comió o probablemente comió, ¿Dónde los compró?</i>	<i>Nombre de las tiendas o restaurantes: ( todos los que correspondan)</i>	<i>Tipos o marcas: ( todos los que correspondan)</i>
Mantequilla (no margarina ni otro sustituto de mantequilla)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____	_____
Crema	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____	_____
Helado	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____	_____
Crema agria	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Ninguna vez	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____	_____
Yogur	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> ~ 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> ~ 1 vez/semana <input type="checkbox"/> ~ 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> ~ 5-7 veces/semana <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> Tienda de comestibles _____ <input type="checkbox"/> Tienda de carnes frías /mercado pequeño _____ <input type="checkbox"/> Restaurante _____ <input type="checkbox"/> Otro establecimiento _____ <input type="checkbox"/> No sabe _____	_____	_____

Eso es todo. ¡Muchas gracias!