**FACILITY ▪ LOCATION**

**Employee Interview Form**

The Minnesota Department of Health (MDH) and Ramsey County Public Health working on a foodborne illness outbreak investigationthat may be associated with the facility where you work. The purpose of the investigation is to learn the source of the outbreak and stop transmission. We want to ask you questions about your work duties in food service and any recent illness you may have had.

*El Departamento de Salud de Minnesota está investigando unas quejas de enfermedades que están asociadas con el restaurante donde Ud. trabaja. El propósito de esta investigación es entender la causa de las enfermedades y parar la transmisión. Queremos hacerle unas preguntas sobre su trabajo y acerca de enfermedades que podría haber tenido recientemente.*

**PRIVACY:** Any information you give to us about yourself (including test results) is considered private data. Only public health officials involved in this outbreak investigation will have access to the private data. Do we have your permission to also share this information with management staff at the facility where you work? 🞎 **YES** 🞎 **NO**

*Responder a la entrevista es totalmente voluntario y toda la información que Ud. nos daría seria confidencial. Las únicas personas que podrían tener acceso a esta información son los funcionarios del Departamento de Salud. Podemos compartir esta información con su jefe?*

**VOLUNTARY:** You are not required to answer questions. However, your answers help us understand how this outbreak happened and prevent further transmission. If you don’t answer questions, you will be excluded from work because we won’t know if you could spread illness to others.

Will you answer some brief questions? 🞎 **YES** 🞎 **NO (exclusions apply – contact epi)**

*Si hay preguntas que no desea contestar, puede no hacerlo. Sin embargo, sus respuestas son importantes para descubrir la causa del brote y prevenir más enfermedades. Si no responde a las preguntas, Ud. va a ser excluido del trabajo porque no podemos evaluar si Ud. puede transmitir la enfermedad a otras personas.*

**STOOL SAMPLE: We will be testing stool samples to see if employees have *Salmonella* (a germ that can be spread by food). You must submit two stool samples, collected at least 24 hours apart. If you have been ill, or test positive for *Salmonella*, you will be excluded from work until two stool samples in a row test negative for *Salmonella.* If you don’t submit stool specimens, you will be excluded from work because we won’t know if you could spread illness to others.** Stool kits and testing are free of charge.You will be given results when they are available.

*El departamento de salud va a hacer exámenes de heces para determinar si los empleados tienen Salmonella (una bacteria transmitida por la comida). Tiene que enviar dos muestras de heces, tomadas 24 horas aparte. Si Ud. estuvo enfermo, o el resultado de su muestra es positivo por Salmonella, Ud. será excluido del trabajo hasta que Ud. tenga dos muestras negativas de Salmonella. Si no envía sus muestras de heces, será excluido del trabajo porque no sabemos si Ud. podría propagar la enfermedad. Los exámenes de estas muestras son gratis. Ud. se le dará los resultados cuando estén disponsibles.*

Will you submit stool samples? 🞎 **YES** 🞎 **NO (exclusions apply – contact epi)**

*¿Está dispuesto a enviar muestras de heces para analizar?*

Employee Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name (last, first):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Male Female Other**

***Nombre (apellido, nombre) Edad Hombre Mujer Otro***

**Signature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ or **Phone Interview (verbal consent):** 🞎
*Firma Entrevista por el telefono*

**Address:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dirección Ciudad*

**Zip:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Código postal*  *número de teléfono*

**Job Title/Description:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*Nombre del puesto/Descripción de trabajo*

* Have you had any of the following symptoms since **August 1st?**

*¿Desde el 1 de agosto, ha estado enfermo con los siguientes síntomas?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nausea*Nausea* | 🞎Y 🞎N |  |
| VomitingV*ómito* | 🞎Y 🞎N | Onset date/time: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ *Fecha/hora de comienzo* | Recovery: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_*Fecha/hora que se recuperó* |
| Cramps*Colicos* | 🞎Y 🞎N |  |
| Diarrhea*Diarrea* | 🞎Y 🞎N | Onset date/time: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ *Fecha/hora de comienzo* | Recovery: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_*Fecha/hora que se recuperó* |
| # stools/24 hrs*cuantas veces en 24 horas.* | \_\_\_\_\_\_ | Duration of diarrhea: \_\_\_\_\_\_ days/hours *Duración de diarrea horas/dias* |
| Bloody stools*Sangre en las heces* | 🞎Y 🞎N |  |
| Fever*Calentura/fiebre* | 🞎Y 🞎N | Temperature: \_\_\_\_\_\_\_\_ ° F*Temperatura*  |
| First symptom: *Primer síntoma* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Onset date/time: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *Fecha/ hora de primer síntoma* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Other symptoms: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Otros sintomas* |
| When did you feel completed recovered? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_*Cuándo se recuperó?* | *or*  🞎 still feeling sick*Todavía se siente enfermo?* |

**ILL EMPLOYEES**

* Did you visit a health care provider for the illness?🞎Y 🞎N Did you submit a stool sample? 🞎Y 🞎N

*Visitó algún médico para esta enfermedad Le dio a su médico una muestra de heces?*

If yes, when? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ where? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospitalized overnight? 🞎Y 🞎N
*¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Fue hospitalizado (paso la*

 *noche en el hospital)?*

* Did you work while having diarrhea and/or vomiting? 🞎 **YES** 🞎 **NO***Fue a trabajar cuando tenía la diarrea/vómitos*

If yes, when? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ If no, when did you return to work? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*Si sí, ¿cuándo? Si no, ¿cuando regresó al trabajo?*

**ALL EMPLOYEES**

* Do you work at any other food service facilities? 🞎 **YES** 🞎 **NO***¿Trabaja en otros restaurantes o servicios de comida?*

If yes, where? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ How often? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*¿dónde? ¿Cuán seguido?*

* Have any members of your household been ill with diarrhea and/or vomiting since **August 1st**? 🞎 **YES** 🞎 **NO***Hasta el primer de Agosto, ha habido alguien que vive en su casa con diarrea o vómitos*

Vomiting (onset: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ ) 🞎Y 🞎N Cramps 🞎Y 🞎N Fever 🞎Y 🞎N Blood in stool 🞎Y 🞎N
*En qué fecha comenzó a vomitar Cólicos Calentura/fiebre Notó sangre en las heces*

Diarrhea (onset: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ ) 🞎Y 🞎N (# stools/24 hrs: \_\_\_\_)*En qué fecha comenzó la diarrea (# en 24 horas.)*

* Have any of your co-workers been ill with vomiting and/or diarrhea?🞎 **YES** 🞎 **NO***¿Ud. sabe si alguno de sus compañeros de trabajo ha estado enfermo con diarrea o vómito?*

Describe (who, when): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*Quién, cuándo*

**During August 14 - 19:**

* Which of these dates did you work?
*¿Del domingo catorce de agosto al viernes diecinueve de agosto, en cuáles fechas trabajó?*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SUNDAY | MONDAY | TUESDAY | WEDNESDAY | THURSDAY | FRIDAY | SATURDAY |
|  | 14 |  | 15 |  | 16 |  | 17 |  | 18 |  | 19 |  |  |
| 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N | 🞎Y 🞎N |

**During August 14 - 19:***Durante la semana del domingo catorce de agosto al viernes el diecinueve de agosto*

* Did you do any food prep?🞎 **YES** 🞎 **NO***¿Preparó (cortó, manipuló) los alimentos*

Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Did you make or serve any drinks, including adding garnish or ice?🞎 **YES** 🞎 **NO***¿Preparó o servió bebidas, incluyendo el hielo o adorno/decoración*

Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Did you prepare any ready-to-eat foods, like salads, breads, or chips (including garnishing plates and packaging to-go food)?🞎 **YES** 🞎 **NO***¿Preparó (cortó, manipuló) alimentos que están listo para comer/pre-hechos, como ensaladas, panes, o las papitas “chips” (incluyendo el adorno o empaquetado los alimentos pre-hechos)*

Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* What were your other job duties?

*¿Cuales fueron sus otras funciones del trabajo?*

Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_