**FACILITY NAME**

**FACILITY LOCATION**

**Employee Interview Form**

The Minnesota Department of Health (MDH) and [LOCAL PUBLIC HEALTH] are 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 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 will 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 may ask you to provide a stool specimen. Stools will be tested for bacterial and viral pathogens at MDH.** 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 muestras de heces. Analizamos el heces por patógenos bacterianos y virales.*** *Los exámenes de estas muestras son gratis. Se le dará los resultados cuando estén disponibles.*

**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**\_\_\_\_\_\_\_\_\_?**

*¿Desde el \_\_\_\_\_\_\_\_, ha estado enfermo con los siguientes síntomas?*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nausea  *Nausea* | 🞎Y 🞎N |  | | |
| Vomiting  *Vómito* | 🞎Y 🞎N | Onset date/time: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  *Fecha/hora comienzo* | | Recovery: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  *Fecha/hora que se recuperó* |
| Cramps  *Colicos* | 🞎Y 🞎N |  | | |
| Diarrhea  *Diarrea* | 🞎Y 🞎N | Onset date/time: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  *Fecha/hora comienzo* | | Recovery: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  *Fecha/hora que se recuperó* |
| # stools/24 hrs  *Cuantas veces en 24 horas?* | \_\_\_\_\_\_ | Duration of diarrhea: \_\_\_\_\_\_ days/hours *(if unsure of dates/times)*  *Duración de diarrea horas/días* | | |
| Bloody stools  *Notó sangre en las heces?* | 🞎Y 🞎N |  | | |
| Fever  *Calentura/fiebre* | 🞎Y 🞎N | Temperature: \_\_\_\_\_\_\_\_ ° F  *Temperatura* | | |
| First symptom:  *Primer síntoma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | Onset date/time: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  *Fecha/hora de comienzo* |  | |
| Other symptoms: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Otros síntomas* | | | | |
| When did you feel completed recovered? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  *Fecha que se recuperó* | | | *or*  🞎 still feeling sick  *Todavía tiene síntomas* | |

**ILL EMPLOYEES**

* Are you willing to provide a stool sample for testing? 🞎 **YES (contact epi)** 🞎 **NO**

*¿Está disponible a dar una muestra de heces para analizar?*

|  |  |
| --- | --- |
| Did you visit a health care provider for the illness?🞎 **YES** 🞎 **NO** *¿Visitó a algún médico para esta enfermedad?*  If yes, when? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Where?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *¿Cuándo? ¿Donde?* | Hospitalized overnight? 🞎 **YES** 🞎 **NO** *¿Fue hospitalizado (paso la noche en el hospital)?* |
|  | Submit a stool sample? 🞎 **YES** 🞎 **NO** *¿Le dio a su médico una muestra de heces?* |
|  |  |

* 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*¿Cuándo? ¿Cuándo 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*¿Donde? ¿Cuán seguido?*

* Have any members of your household been ill with diarrhea and/or vomiting since **\_\_\_\_\_\_\_\_**? 🞎 **YES** 🞎 **NO**

*¿Desde el \_\_\_\_\_\_\_\_, 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.)*

* Do you remember any vomiting incidents at the facility?🞎 **YES** 🞎 **NO**

*¿Usted recuerda ver a alguien vomitar en su trabajo?*

Describe (who, where, when): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *Describa (quien, donde, cuando)*

If yes, did you help clean up the incident? 🞎 **YES** 🞎 **NO** *¿Ayudó a limpiarlo?*

* 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *Describa (quien, cuando)*

**During \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:**

* Which of these dates did you work?

*¿Del domingo ­­­­\_\_\_\_\_\_ al ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_, en cuáles fechas trabajó?*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SUNDAY  *Domingo* | | MONDAY  *Lunes* | | TUESDAY  *Martes* | | WEDNESDAY  *Miercoles* | | | THURSDAY  *Jueves* | | FRIDAY  *Viernes* | | SATURDAY  *Sabado* | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 🞎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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:***Del domingo \_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_:*

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

Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Describa*

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

Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Describa*

* 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Describa*

* What were your other job duties?  
  *¿Cuáles fueron sus otras funciones del trabajo?*

Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Describa*

**If you are ill with vomiting or diarrhea, it is important that you not return to work in food service for at least 72 hours after your recovery.**

*Si tiene diarrea o vómitos, es importante que no regrese al trabajar en servicios de comida por 72 horas después de recuperarse.*