

DIRECCION GENERAL DE COORDINACION EPIDEMIOLOGICA
PROGRAMA DE BROMATOLOGIA

CERTIFICADO UNICO DE SALUD
Manipulación de alimentos.

Certifico que.....
DNI..... de..... años de edad cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las hs, encontrándose en condiciones de realizar actividades que involucren la manipulación de alimentos.
No presenta signos ni síntomas de enfermedades Infecto- Contagiosa.

Esquema de Vacunación: Completo Incompleto

FC:.....T/A.....Peso.....

Observaciones:.....

<p>..... Firma del paciente</p> <p>DNI.....</p>	<p>..... Firma y sello del Médico</p> <p>Institución a la que pertenece</p> <p>.....</p> <p>Fecha:...../...../.....</p> <p>Contacto (mail y/o teléfono)</p> <p>.....</p>
---	--

Evaluar previo a la confección:

Antecedentes personales: Diabetes/ Inmunodepresión/ Infección por Virus Hepatitis A previa/Internación en últimos 6 meses.

Esquema Vacunación del adulto: debe certificar Doble adultos: Esquema completo y actualizado, Hepatitis B: tres dosis recibidas, Sarampión y rubeola: dos dosis recibidas, Hepatitis A: esquema completo en el caso de no haber tenido la infección previamente, en el caso que el paciente no recuerda se debe solicitar IgG para evaluar estado de inmunidad, e indicar vacunación ante la ausencia de anticuerpos.

Examen físico: evaluar presencia de signos y/o síntomas de enfermedades infecciosas agudas.

Laboratorio: Solo ante la sospecha clínica de determinadas enfermedades que pudieran ser transmitidas por manipulación de alimentos (salmonelosis, infecciones en piel y partes blancas, forunculosis recurrentes, etc).