

CERTIFICADO UNICO DE SALUD
Manipulación de alimentos.

Certifico que
D.N.I.....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 enfermedad Infecto – Contagiosa.

Esquema de Vacunación: completo incompleto

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

Observaciones:.....
.....

Firma del paciente

DNI

Firma y sello del Médico

Institución a la que pertenece:

Fecha...../...../.....

Contacto (mail y/o teléfono):

Evaluar previo a la confección:

Antecedentes personales: Diabetes/ Inmunodepresión /Infección por virus de 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 sospecha clínica de determinadas enfermedades que pudieran ser transmitidas por manipulación de alimentos (salmonelosis, infecciones en piel y partes blandas, forunculosis recurrentes, etc)