

**DATOS DE LA NOTIFICACIÓN**

Fecha de la notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Notificador/a:  Particular : \_\_\_\_\_  
 Institución: \_\_\_\_\_  
 Persona que notifica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ALERTA**

Tipo de alerta: \_\_\_\_\_

Colectivo donde ocurre la alerta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Nº de casos: \_\_\_\_\_ Nº de personas expuestas: \_\_\_\_\_

Ingresos hospitalarios:  No  Si Nº: \_\_\_\_\_

Hospital/es: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso del primer caso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas del primer caso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (si procede): \_\_\_\_\_

Síntomas:  Náuseas  Vómitos  Diarrea  Dolor abdominal  Fiebre  
 Lesiones cutáneas: \_\_\_\_\_  
 Síntomas respiratorios: \_\_\_\_\_  
 Síntomas neurológicos: \_\_\_\_\_  
 Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Agente causal: \_\_\_\_\_  Sospechoso  Confirmado

Actuaciones realizadas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SI SOSPECHA DE ORIGEN ALIMENTARIO**

Fecha de la ingesta de alimentos sospechosos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Menú o alimentos sospechosos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lugar de preparación de los alimentos: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL/OS CASO/S**

Nombre	Sexo	Edad	Dirección (Calle, número, municipio, CCAA)	Teléfono	Ingreso (sí/no)

Información complementaria: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_