



DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
División de Salud Ambiental

Estado Operacional

Unidad Móvil de Preparación de Alimentos

Uso exclusivo Salud Ambiental
Aprobado por:
Fecha:

INFORMACION DEL DUEÑO

1. Fecha:	2. El nombre de su negocio:		
3. Su nombre:	4. Su dirección:	5. Su ciudad y código postal	
6. Su teléfono de casa:	7. Su teléfono celular:	8. Su teléfono del trabajo:	
9. Su dirección de correo electrónico:			
10. Nombre de la Comisaría:	11. Dirección de la Comisaría:		
12. Describa su operación de manera general:			

INFORMACION DEL EQUIPO

<p>13. ¿Cuál es la fuente de energía del siguiente equipo?</p> <p>a. Calentador de agua: <input type="checkbox"/> gas, <input type="checkbox"/> propano, <input type="checkbox"/> generador, <input type="checkbox"/> invertidor, <input type="checkbox"/> otro:</p> <p>b. Refrigerador: <input type="checkbox"/> gas, <input type="checkbox"/> propano, <input type="checkbox"/> generador, <input type="checkbox"/> invertidor, <input type="checkbox"/> otro</p> <p>c. Mesa de vapor: <input type="checkbox"/> gas, <input type="checkbox"/> propano, <input type="checkbox"/> generador, <input type="checkbox"/> invertidor, <input type="checkbox"/> otro</p>	
<p>14. Si tiene un generador, ¿en donde se encuentra montado en el vehículo?</p>	<p>15. Cómo está instalado el cordón de la electricidad?</p>
<p>16. ¿Puede usted conectar su vehículo a un sistema de corriente eléctrica?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>17. ¿Qué marca y modelo es su:</p> <p>a. Refrigerador:</p> <p>b. Generador:</p> <p>c. Congelador:</p> <p>d. Invertidor/Baterías:</p> <p>e. Calentador de agua:</p>	
<p>18. Si su refrigerador no es uno prefabricado comercialmente, ¿qué marca y modelo es su:</p> <p>a. Compresor:</p> <p>b. Intercambiador de calor:</p> <p>c. Termostato:</p>	

19. ¿Cuenta el vehículo con un sink para el lavado de manos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	20. ¿Cuenta el sink con tres compartimientos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
21. ¿Tiene un termómetro especial para temperaturas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	22. ¿Cuál es la capacidad en galones de su calentador de agua?
23. ¿Cuál es la capacidad en galones de su tanque de agua limpia?	24. ¿Cuál es la capacidad en galones de su tanque de agua residual?
25. ¿En dónde llena y vacía sus tanques?	26. ¿Cuenta con una manguera limpia para llenar su tanque?
27. ¿Cómo distingue su manguera limpia de la otra manguera que usa para vaciar el agua residual (sucia)?	28. ¿A qué temperatura debe estar su agua caliente?
29. ¿Cuenta su sink con un recipiente para jabón líquido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	30. ¿Cuenta su sink con toallas de papel para el secado de las manos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
31. ¿Qué equipo cuenta en su vehículo? Marque todos las que apliquen. Escriba aquellos que usted tenga y no estén enlistados.	
<input type="checkbox"/> Estufa, quemadores <input type="checkbox"/> Azador <input type="checkbox"/> Parilla para barbacoa <input type="checkbox"/> Refrigerador mecánico <input type="checkbox"/> Mesa de vapor <input type="checkbox"/> Freidora <input type="checkbox"/> Sink para el lavado de manos <input type="checkbox"/> Sink de tres compartimientos <input type="checkbox"/> Otros:	
32. ¿Cuenta con un sistema de extracción de humo encima de su estufa, parrillas, freidoras, etc? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
33. ¿Cuenta su sistema de extracción de humo con ventiladores?	34. ¿Cuenta su sistema de extracción de humo con un ANSUL?
35. Si su respuesta es si ¿cuándo fue la última vez que recibió servicio?	36. ¿Cada cuándo recibe servicio?
37. ¿Cuenta con un botiquín de primeros auxilios?	38. ¿Cuenta con un extinguidor de fuegos, con nivel de 10 BC?
39. ¿Cuándo fue la última vez que recibió servicio?	40. ¿Cada cuándo recibe servicio?
41. ¿Son todas las superficies del vehículo lisas y fáciles de limpiar (que no sean de madera o que la superficie esté dispereja)	

42. ¿Están todos los huecos o espacios alrededor de las tuberías, conductos y mangueras, sellados y sin presentar problemas?
43. ¿Cuentan sus puertas y ventanas con mosquiteros o con algún tipo de protección para evitar que entren roedores?

COMISARIA

44. ¿Cuenta su Comisaría con el espacio adecuado para que pueda guardar sus utensilios y alimentos?
45. ¿Si no, en dónde lo guardará?
46. ¿Cuenta su Comisaría con un lugar apropiado para el lavado de manos?
47. ¿Cuenta su comisaría con un equipo para el lavado de utensilios?
48. ¿Qué planea hacer en la Comisaría? (marque todas las que apliquen)
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Enfriar | <input type="checkbox"/> Hornear |
| <input type="checkbox"/> Lavar utensilios | <input type="checkbox"/> Marinar | <input type="checkbox"/> Preparar barbacoa |
| <input type="checkbox"/> Guardar cosas | <input type="checkbox"/> Empaquetar/Etiquetar | <input type="checkbox"/> Licuar/Mezclar |
| <input type="checkbox"/> Recalentado | <input type="checkbox"/> Guardar utensilios | <input type="checkbox"/> Descongelar |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | |
49. ¿Entiende que debe llevar su vehículo a la Comisaría al menos una vez cada que se use?
50. ¿A qué hora del día planea en ir a la Comisaría?

OPERACIONES

51. ¿Qué clase de comida y bebidas planea vender? Describa su menú completo.
-
-

52. ¿Cuántos empleados piensa tener?	53. ¿Cada cuándo piensa en hacer comida?
54. Enliste todos los lugares, espacios y vehículos donde se preparará y guardará comida	
55. ¿Qué alimentos se prepararán en la Comisaría, además de los que se prepararán en el vehículo?	
56. ¿Qué alimentos se prepararán en el vehículo?	
57. ¿En dónde obtiene sus productos?	
a. Carne:	
b. Comida de Mar:	
c. Pollo:	
d. Verduras/Frutas:	
e. Ingredientes secos:	
f. Bebidas:	
g. Hielo:	
58. ¿Cómo transporta estos alimentos a su vehículo (Usted los recoge o se los entregan?)	
59. ¿Qué días de la semana piensa operar su vehículo?	
<input type="checkbox"/> Lunes, <input type="checkbox"/> Martes, <input type="checkbox"/> Miercoles, <input type="checkbox"/> Jueves, <input type="checkbox"/> Viernes, <input type="checkbox"/> Sábado, <input type="checkbox"/> Domingo	
60. ¿Cuántas horas al día piensa operar su vehículo? <i>(ejemplo: de 6:00am to 1:00 pm, y de 4:00 pm a 10:00 pm)</i>	
61. ¿En dónde piensa operar? Proporcione su listado de lugares Use otra hoja si necesita más espacio.	

62. ¿Sirve frijoles y sopa de arroz?
63. ¿Remoja los frijoles?
64. ¿Si no remoja ni coce los frijoles, en donde los consigue?
65. ¿En dónde remoja los frijoles?
66. ¿Por cuánto tiempo (en horas) remoja los frijoles?
67. ¿Cómo coce los frijoles?
68. ¿Qué equipo utiliza para cocer los frijoles?
69. ¿En dónde coce los frijoles?
70. ¿Cómo coce el arroz?
71. ¿En dónde cocina el arroz?
72. ¿Qué equipo utiliza para cocinar el arroz?
73. ¿Cuenta con los derechos del uso de tierra para operar en los lugares antes mencionados? (Consulte con el Departamento de Zonas que aparece al final de este documento). Proporcione la documentación de los derechos de uso de la tierra
74. ¿Cómo mantendrá las temperaturas calientes durante sus horas de operación?

75. ¿Cómo mantendrá las temperaturas calientes durante el transporte, mientras maneja desde su sitio de operación a la Comisaría?	
76. ¿Cómo mantendrá las temperaturas frías de los alimentos (carne, productos lácteos, pollo, pescado, melones, etc.) durante las horas de operación?	
77. ¿Cómo mantendrá las temperaturas frías de los alimentos durante transporte, mientras maneja desde su sitio de operación y la Comisaría?	
78. ¿Cuál es la temperatura mínima para alimentos calientes?	79. ¿Cuál es la temperatura máxima para alimentos fríos?
80. ¿Qué tipo de limpiador sanitario va a usar?	81. ¿Que tan fuerte debe ser?
82. ¿Cómo verificar la potencia del limpiador sanitario?	83. ¿Posee Usted o sus empleados una certificación de seguridad de los alimentos?
84. ¿Quién es la persona que posee la certificación de seguridad de los alimentos?	85. ¿De qué compañía?
86. ¿Cuándo tomaron el exámen?	
87. ¿Tiene desarrollado un plan para educar/adiestrar a otros empleados que manejan la comida?	
88. ¿Cuánto se tarda en manejar de la Comisaría hasta el área donde intenta operar?	
89. ¿Cómo revisará las temperaturas de los alimentos?	90. ¿Qué hace con los sobrantes?
91. ¿Entiende que no puede preparar comidas en casa?	
92. ¿Entiende que durante operaciones, todos los alimentos deben estar guardados, mostrados y servidos desde su vehículo? (No puede poner una mesa o unidad de cocina fuera de su vehículo)	
93. ¿Entiende que no puede estacionar su vehículo en ningún otro lugar que no sea la Comisaría por más de una hora, a menos que tenga permisos especiales de la Ciudad, del Condado y del Departamento de Zonas?	
94. ¿Entiende que no puede construir en su vehículo, instalar mesas, sillas, cubiertas, baños portátiles, servicio eléctrico, etc., a menos que tenga permiso de la Ciudad o del Departamento de Zonas para tener un puesto permanente?	
95. ¿Qué hará si no tiene energía para el refrigerador?	
96. ¿Qué hará si no tiene agua caliente?	

Notas/Comentarios:

Form area with horizontal dashed lines for notes.

Lo anterior es una descripción correcta del modo de operación de mi negocio. Si hubiese cambios a lo anterior, informaría por escrito al:

Departamento de Salud del Condado de Merced
División de Salud Ambiental
260 E. 15th Street,
Merced, CA 95341

Su nombre: _____

Su firma: _____

Fecha: _____