

Acuerdo de Informe de empleados de alimentos

El objetivo del presente acuerdo es informar que los empleados condicionales o empleados de alimentos tienen la responsabilidad de avisar a la persona a cargo cuando experimenten cualquiera de las condiciones indicadas, para que esta pueda tomar las medidas correspondientes a fin de impedir la transmisión de enfermedades transmitidas por alimentos.

ACEPTO LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR A LA PERSONA A CARGO DE LO SIGUIENTE:

Cualquiera de los siguientes síntomas, dentro o fuera del trabajo, incluida la fecha de inicio de los síntomas:

1. diarrea;
2. vómitos;
3. ictericia;
4. dolor de garganta con fiebre;
5. heridas o cortes infectados o lesiones con pus en las manos, las muñecas, partes expuestas del cuerpo u otras partes del cuerpo, y si los cortes, heridas o lesiones no están debidamente cubiertos (p. ej., forúnculos y heridas infectadas, independientemente de su tamaño).

Diagnóstico médico futuro:

Cuando me diagnostiquen norovirus, salmonela, fiebre tifoidea (*Salmonella Typhi*), siguelosis (infección por *Shigella spp.*), *Escherichia coli* O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC o hepatitis A (infección por virus de la hepatitis A)

Exposición futura a patógenos transmitidos por alimentos:

1. Si soy la supuesta causa de un brote confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, siguelosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC o hepatitis A, o si he estado expuesto a estas enfermedades.
2. Si un miembro de mi grupo familiar ha recibido un diagnóstico de norovirus, fiebre tifoidea, siguelosis, enfermedad causada por EHEC/STEC o hepatitis A.
3. Si un miembro de mi grupo familiar asistió a un entorno o trabaja en un entorno donde hay un brote confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, siguelosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC o hepatitis A.

He leído (o me han explicado) y comprendo los requisitos relacionados con mis responsabilidades según el Código de Seguridad Alimentaria y el presente acuerdo de cumplir con lo siguiente:

1. requisitos de obligación de informar especificados más arriba en relación con síntomas, diagnósticos y exposición indicados;
2. restricciones o exclusiones laborales que se me impongan; y
3. buenas prácticas de higiene.

Comprendo que, si no cumplo con los términos del presente acuerdo, esto podría provocar que el establecimiento de alimentos o la autoridad reguladora de alimentos tomen medidas que puedan afectar mi empleo o incluir acciones legales en mi contra.

Nombre del empleado condicional (en letra de imprenta) _____

Nombre del empleado que manipula alimentos (en letra de imprenta) _____

Firma del empleado condicional o del empleado que manipula alimentos _____ Fecha _____

Firma del titular del permiso o del representante _____ Fecha _____



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Your Health. Our Mission.

Guía de referencia rápida sobre enfermedades

Debe informar sobre las siguientes enfermedades, síntomas y problemas a la persona a cargo antes de comenzar a trabajar.

- Norovirus
- Escherichia Coli
- Siguelosis
- Hepatitis A
- Fiebre tifoidea
- Salmonela



Diarrea



Vómitos



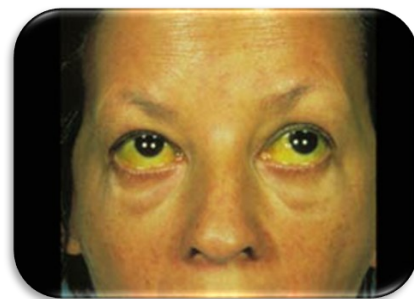
Fiebre con dolor de garganta



Heridas abiertas o infectadas



Estornudos y tos persistentes



Ictericia (enfermedad que hace que los ojos, las uñas o la piel se vuelvan amarillos)



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Your Health. Our Mission.

Guía de referencia de enfermedades de la persona que manipula alimentos

<p>Vómitos</p> 	<p>EXCLUIR</p>	<p>Puede regresar al trabajo cuando no haya tenido síntomas durante 24 horas o con una documentación médica de un profesional de salud que indique que los síntomas están relacionados con una enfermedad no infecciosa.</p>
<p>Diarrea</p> 	<p>EXCLUIR</p>	<p>Puede regresar al trabajo cuando no haya tenido síntomas durante 24 horas o con una documentación médica de un profesional de salud que indique que los síntomas están relacionados con una enfermedad no infecciosa.</p>
<p>Fiebre y dolor de garganta*</p> 	<p>RESTRINGIR**</p>	<p>Puede regresar al trabajo si la persona a cargo recibe documentación médica de un profesional de salud en la que se indica que el empleado obtuvo un resultado negativo en la prueba para <i>Streptococcus pyogenes</i>, que no tiene esta bacteria o que ha recibido antibióticos para tratarla.</p>
<p>Ictericia</p> 	<p>EXCLUIR* Llame a TCHD para recibir orientación</p>	<p>Puede regresar al trabajo si el empleado ha tenido ictericia durante más de 7 días*</p>
<p>Estornudos o tos persistentes</p> 	<p>RESTRINGIR</p>	<p>Puede regresar al trabajo cuando los síntomas hayan desaparecido.</p>

*Llame a TCHD para recibir orientación.

** Si el establecimiento presta servicios a poblaciones altamente susceptibles, entonces se debe excluir al personal, en lugar de restringirlo.

RESTRINGIR: el empleado no puede trabajar con alimentos, equipos de alimentos, utensilios, mantelería o utensilios desechables sin envoltura.

EXCLUIR: impedir que una persona ingrese a un establecimiento de alimentos o trabaje allí.



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Your Health. Our Mission.