

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:

- 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.
- Si un miembro de mi grupo familiar ha recibido un diagnóstico de norovirus, fiebre tifoidea, siguelosis, enfermedad causada por EHEC/STEC o hepatitis A.
- 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
- Salmonella



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



Diarrea

EXCLUIR

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.



Vómitos

EXCLUIR

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.



Fiebre y dolor de garganta*

RESTRINGIR**

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 *Streptococcus pyogenes*, que no tiene esta bacteria o que ha recibido antibióticos para tratarla.



Estornudos o tos persistentes

RESTRINGIR

Puede regresar al trabajo cuando los síntomas hayan desaparecido.



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

EXCLUIR* Llame a TCHD para recibir orientación

Puede regresar al trabajo si el empleado ha tenido ictericia durante más de 7 días*

*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.