



Acuerdo de Notificación de Salud para Empleados de Alimentos

Food Employee Health Reporting Agreement

EL PROPÓSITO DE ESTE ACUERDO ES INFORMAR A LOS EMPLEADOS DE ALIMENTOS SOBRE SU RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR A LA PERSONA ENCARGADA CUANDO EXPERIMENTEN CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES ENUMERADAS, PARA QUE LA PERSONA ENCARGADA PUEDA TOMAR LAS MEDIDAS APROPIADAS PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS.

ACEPTO REPORTAR A LA PERSONA ENCARGADA:

CUALQUIERA DE LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES, YA SEA MIENTRAS ESTÉ TRABAJANDO O FUERA DEL TRABAJO, INCLUYENDO LA FECHA DE APARICIÓN:

1. Diarrea; 2. Vómitos; 3. Ictericia; 4. Dolor de garganta con fiebre; 5. Cortes o heridas infectadas, o lesiones con pus en la mano, muñeca, una parte del cuerpo expuesta u otra parte del cuerpo y los cortes, heridas o lesiones no están adecuadamente cubiertos (como forúnculos y heridas infectadas, por pequeñas que sean).

Diagnóstico Médico Futuro: Siempre que sea diagnosticado con Norovirus, fiebre tifoidea (*Salmonella Typhi*), shigelosis (infección por *Shigella spp.*), *Escherichia coli* O157:H7 u otra infección por STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A (infección por virus de la hepatitis A).

Exposición Futuro a Patógenos Transmitidos por Alimentos:

1. Exposición a o sospecha de causar cualquier brote de enfermedad confirmado de Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por STEC, o hepatitis A.
2. Un miembro del hogar diagnosticado con Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, enfermedad por STEC, o hepatitis A.
3. Un miembro del hogar que asiste o trabaja en un entorno con un brote de enfermedad confirmado de Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por STEC, o hepatitis A.

He leído (o se me ha explicado) y entiendo los requisitos respecto a mis responsabilidades bajo el Código Alimentario y este acuerdo para cumplir con:

1. Los requisitos de reporte especificados arriba que involucran síntomas, diagnósticos y exposiciones especificadas;
2. Restricciones o exclusiones laborales que se me imponen; y
3. Buenas prácticas higiénicas.

ENTIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO PODRÍA CONDUCIR A ACCIONES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO DE ALIMENTOS O LA AUTORIDAD REGULADORA DE ALIMENTOS QUE PODRÍAN PONER EN PELIGRO MI EMPLEO Y PODRÍAN INVOLUCRAR ACCIONES LEGALES CONTRA MÍ.

Food Employee Name (please print) _____

Signature of Food Employee _____ Date _____

Signature of Permit Holder or Representative _____ Date _____