

**FORMULARIO
1-B**

Acuerdo de informe de empleados condicionales o empleados que manipulan alimentos

Prevención de la transmisión de enfermedades a través de los alimentos infectados por empleados condicionales o empleados que manipulan alimentos con énfasis en las enfermedades debido a Norovirus, *Salmonella Typhi*, especies de la bacteria *Shigella*, o *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC), *Salmonella* no tifoidea o virus de la Hepatitis A.

El propósito de este acuerdo es informarles a los empleados condicionales o a los empleados que manipulan alimentos sobre su responsabilidad de reportarle a la persona a cargo cuando experimenten cualquiera de las condiciones listadas de manera que la persona a cargo pueda implementar los pasos necesarios para impedir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.

ACEPTO REPORTARLE A LA PERSONA A CARGO:

Sobre el comienzo de cualquiera de los siguientes síntomas, va sea mientras estoy en el trabajo o fuera del trabajo, incluyendo la fecha del comienzo:

1. Diarrea
2. Vómitos
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas o lesiones en la mano, la muñeca, una parte del cuerpo expuesta u otra parte del cuerpo que tienen pus y el corte, la herida o la lesión no está cubierto adecuadamente (*como forúnculos y heridas infectadas, independientemente de que tan pequeños puedan ser*)

Diagnóstico médico futuro:

Cuando se me diagnostique de padecer enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*), shigelosis (infección de especies de *Shigella*), *Escherichia coli* O157:H7 u otras infecciones de STEC, *Salmonella* o hepatitis A (infección del virus de hepatitis A)

Exposición futura a patógenos transmitidos por los alimentos:

1. Exposición a o sospecha de haber causado algún brote confirmado de enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otras infecciones de STEC o hepatitis A.
2. Un miembro del hogar quien ha sido diagnosticado de padecer norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, infecciones de STEC o hepatitis A.
3. Un miembro de su hogar que asiste a o trabaja en un ambiente donde hay un brote confirmado de enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otras infecciones de STEC o hepatitis A.

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

1. Los requisitos de reporte especificados arriba relacionados con los síntomas, diagnósticos y la exposición especificada;
2. Las restricciones o las exclusiones laborales que se me imponen y
3. Las buenas prácticas higiénicas.

Entiendo que el incumplimiento con los términos de este acuerdo podría dar lugar a medidas por parte del establecimiento alimentario o la agencia reguladora de alimentos que podrían poner en peligro mi empleo y podrían consistir en acciones legales en mi contra.

Nombre del empleado condicional (en imprenta) _____

Firma del empleado condicional _____ Fecha _____

Nombre del empleado que manipula alimentos (en imprenta) _____

Firma del empleado que manipula alimentos _____ Fecha _____

Firma del titular del permiso o su representante _____ Fecha _____