



### **Acuerdo del Informe de Salud del Empleado**

El propósito de este acuerdo es para educar a los empleados del servicio de comida que es su responsabilidad notificar a la persona a cargo cuando se realiza algunos de las condiciones listado abajo para que la persona a cargo puede tomar los pasos apropiados para prevenir la transmisión de enfermedades transmitida por alimentos.

### **YO ESTOY DE ACUERDO CON REPORTAR A LA PERSONA A CARGO:**

#### **Cualquier Aparición de las Sigüientes Síntomas, Mientras Aun a Trabajo o Afuera del Trabajo, Incluyendo la Fecha de Aparición:**

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

#### **Diagnósticos Médicos del Futuro:**

En el evento de que se diagnostica enfermo con Norovirus, *Salmonella* Typhi, *Salmonella* no tifoidea, *Shigella* spp., *Escherichia coli* que produce la toxina Shiga, o el virus de la Hepatitis A.

#### **Exposición Futura a los Patógenos Transmitidos por los Alimentos:**

1. Exposición a o sospecho de causar una epidemia confirmada de Norovirus, *Salmonella* Typhi, *Salmonella* no tifoidea, *Shigella* spp., *Escherichia coli* que produce la toxina Shiga, o el virus de la Hepatitis A.
2. Un miembro de la casa diagnosticado con Norovirus, *Salmonella* Typhi, *Salmonella* no tifoidea, *Shigella* spp., *Escherichia coli* que produce la toxina Shiga, o el virus de la Hepatitis A.
3. Un miembro de la casa asistiendo o trabajando en un escenario donde se ha realizado una epidemia de Norovirus, *Salmonella* Typhi, *Salmonella* no tifoidea, *Shigella* spp., *Escherichia coli* que produce la toxina Shiga, o el virus de la Hepatitis A.

Yo he leído (o alguien se me ha explicado) y entiendo los requisitos sobre mis responsabilidades abajo del Código FDA 2013 y en este acuerdo, consiento a:

1. Los requisitos de informar especificado arriba que involucra síntomas, diagnósticos, y exposición especificada;
2. Restricciones laborales o Exclusiones que se me imponen; y
3. Buenas practicas higiénicas.

Yo comprendo que el incumplimiento de los términos de este acuerdo podría culminar en acciones del establecimiento de servicios de alimentos o a la autoridad regulatoria que puede peligrar mi empleo e implicar acciones legales contra mí.

Nombre de empleado(a) (por favor imprime) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de empleado(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del dueño, gerente o supervisor(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_