



## **ACUERDO DE SALUD DEL EMPLEADO**

### **Reportando: Síntomas de Enfermedades**

Acepto reportar al gerente o persona a cargo cuando tenga:

1. Vómitos
2. Diarrea
3. Ictericia (coloración amarillenta de los ojos y la piel)
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Lesiones abiertas o supurantes que contienen pus, como un absceso o una herida infectada.

**\* Con cualquiera de los síntomas anteriores, el empleado de alimentos tendrá restringidas sus tareas de manipulación de alimentos hasta 24 horas después de que hayan cesado los síntomas.**

### **Reportando: Enfermedades Diagnosticadas**

Acepto informar al gerente o persona a cargo cuando me hayan diagnosticado:

- |                          |                    |                      |
|--------------------------|--------------------|----------------------|
| 1. Campylobacter         | 6. Giardia         | 10. Salmonella Typhi |
| 2. Cryptosporidium       | 7. Hepatitis A     | 11. Shigella         |
| 3. Cyclospora            | 8. Norovirus       | 12. Vibrio Cholerae  |
| 4. Entamoeba histolytica | 9. Salmonella spp. | 13. Yersinia         |
| 5. Infección por E Coli  |                    |                      |

**\*El gerente o persona a cargo debe informar al Departamento de Salud local cuando un empleado tenga una de las enfermedades confirmadas enumeradas anteriormente.**

**\*El empleado será excluido del trabajo hasta que su médico y el Departamento de Salud local le den la aprobación para regresar.**

### **Reportando: Exposición a Enfermedades**

Acepto informar al gerente o persona a cargo cuando haya estado expuesto a cualquiera de las enfermedades enumeradas anteriormente a través de:

1. Haber sido diagnosticado con una enfermedad transmitida por alimentos debido a Salmonella Typhi por un proveedor de atención médica en los últimos tres meses.
2. Consumir o preparar alimentos implicados en un brote confirmado.
3. Asistir o trabajar en un entorno confirmado con un brote de enfermedad.
4. Vivir en el mismo hogar o tener conocimiento de una persona que trabaja o ha asistido a un entorno donde hay brote confirmado de enfermedad.

### **Exclusión o Restricción del Trabajo**

Si está **excluido** del trabajo, no se le permite venir a trabajar. Si se le **restringe** el trabajo, se le permite venir a trabajar; sin embargo, las tareas se limitarán a tareas que no incluyan la manipulación de alimentos o superficies en contacto con alimentos.

### **Acuerdo**

Entiendo que debo:

1. Informar cuando he sido diagnosticado o he estado expuesto a alguno de los síntomas o enfermedades mencionadas anteriormente.
2. Cumplir con las restricciones y/o exclusiones laborales que me sean dadas.

**Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, puedo poner en riesgo mi trabajo.**

Nombre Del Empleado De Alimentos (en letra clara): \_\_\_\_\_  
Firma del Empleado y Fecha: \_\_\_\_\_