

División de Hoteles y Restaurantes





SALUD DE LOS EMPLEADOS

Acuerdo de Notificación de Empleados de Alimentos

Los empleados (y solicitantes a los que se les ofreció empleo) en un establecimiento público de servicio de alimentos <u>deben</u> informar al gerente o a la persona a cargo cuando experimenten enfermedades o síntomas enumerados en las siguientes tablas junto con la fecha en que comenzaron los síntomas (o la fecha del diagnóstico), para que la persona a cargo pueda tomar las medidas adecuadas para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.

Acepto informar a la Persona a Cargo:

Norovirus

Cualquiera de los siguientes síntomas, ya sea en el trabajo o fuera del trabajo, incluyendo la fecha en la				
que comenzaron los síntomas.				
Vómitos	•	Dolor de garganta con fiebre		
Diarrea	-	Heridas infectadas o lesiones que contengan pus		
Ictericia		(a menos que estén debidamente cubiertas)		
<u> </u>				
Si se me diagnostica con una de las siguientes enfermedades.				
Hepatitis A	•	Salmonella typhi (fiebre tifoidea)		
Shigella	-	E. coli productora de toxina Shiga		

Salmonella no tifoidea

Si he sido expuesto/a, dentro del periodo de tiempo especificado, a las siguientes enfermedades.		
 Norovirus en las últimas 48 horas Hepatitis A en los últimos 30 días Shigella en los últimos 3 días 	 E. coli productora de toxina Shiga en los últimos 3 días Salmonella typhi (fiebre tifoidea) en los últimos 14 días 	

La exposición incluye preparar o consumir alimentos implicados en un brote confirmado de enfermedad transmitida por alimentos, asistir o trabajar en un lugar donde hay un brote confirmado de enfermedad transmitida por alimentos, vivir en la misma casa que una persona diagnosticada con una de las enfermedades mencionadas anteriormente o consumir alimentos preparados por una persona enferma con una de las enfermedades mencionadas anteriormente.

He leído (o me ha sido explicado) y entiendo los requisitos relativos a mis responsabilidades, en virtud del Código de Alimentos y de este acuerdo, para cumplir con:

- Requisitos de notificación especificados anteriormente que involucran síntomas, diagnósticos, y exposiciones;
- Restricciones o exclusiones de trabajo que se me impongan; y
- Buenas prácticas higiénicas.

Nombre del Empleado de Alimentos:	
Firma del Empleado de Alimentos:	Fecha:
Firma del propietario:	Fecha:

La información en este formulario está basada en el Código de Alimentos 2017 de la FDA.