

Metro Public Health Dept

Nashville / Davidson County

El propósito de este acuerdo es informar a los empleados condicionales o empleados que manipulan alimentos de su deber de avisar a la persona a cargo cuando experimenten cualquiera de las condiciones indicadas, a fin de que la persona a cargo pueda tomar las medidas adecuadas para impedir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.

ACUERDO INFORMAR A LA PERSONA A CARGO SOBRE:

El comienzo de cualquiera de los siguientes síntomas, dentro o fuera del trabajo, incluida la fecha del comienzo de los síntomas:

1. diarrea;
2. vómitos;
3. ictericia;
4. dolor de garganta con fiebre;
5. cortes o heridas infectadas, o lesiones que presenten pus en la mano, muñeca, parte expuesta del cuerpo u otras partes del cuerpo y que dichos cortes, heridas o lesiones no estén correctamente cubiertas (como diviesos y heridas infectadas, aunque sean pequeñas).

Diagnóstico médico futuro:

Quando sea diagnosticado con una enfermedad relacionada con:

- ▶ Norovirus
- ▶ Shigellosis (infección por *Shigella* spp.)
- ▶ *Escherichia coli* O157:H7
- ▶ Hepatitis A (el virus de la hepatitis A)
- ▶ *Salmonella* Typhi (la fiebre tifoidea)
- ▶ Nontyphoidal Salmonella
- ▶ Otra infección por EHEC/STEC

Futura exposición a agentes patógenos transmitidos por los alimentos:

1. Exposición a, o sospecha de causar cualquier brote de enfermedad confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, shigellosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC, o hepatitis A.
2. Un miembro de la familia ha sido diagnosticado con norovirus, fiebre tifoidea, shigellosis, enfermedad provocada por EHEC/STEC o hepatitis A.
3. Un miembro de la familia asiste o trabaja en un entorno que presenta un brote de enfermedad confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, shigellosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC, o hepatitis A.

Leí (o me han explicado) y comprendo los requisitos con respecto a mis deberes según el Código de alimentos y este acuerdo, por lo tanto cumpliré con:

1. Informar los requisitos especificados anteriormente que involucran síntomas, diagnósticos y exposición especificada.
2. Restricciones o exclusiones laborales que se me impongan.
3. Buenas prácticas de higiene.

Comprendo que si no cumplo los términos de este acuerdo, esto podría provocar que el establecimiento de alimentos o la autoridad reguladora de alimentos tomen medidas que pueden poner en peligro mi empleo y que pueden incluir acciones legales contra mi persona.

Nombre del empleado que manipula alimentos (en letra de imprenta) _____

Firma del empleado que manipula alimentos _____ Fecha _____

Firma del titular del permiso o representante _____ Fecha _____