



Empleado de Alimentos Acuerdo de Notificar

El propósito de este acuerdo es informar a empleados condicionales o empleados que manejan alimentos de su responsabilidad de notificar a la persona encargada cuando experimentan alguna de las condiciones mencionadas para que la persona a cargo pueda tomar las medidas necesarias para impedir la transmisión de enfermedades transmitidas por alimentos.

ESTOY DE ACUERDO EN NOTIFICAR A LA PERSONA A CARGO:

Cualquier aparición de los siguientes síntomas, ya sea al mismo tiempo en el trabajo o fuera del trabajo, incluyendo la fecha de Inicio:

1. Diarrea
2. Vómito
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortadas infectadas o heridas o lesiones que contienen pus en la mano, muñeca, una parte del cuerpo expuesta, u otra parte del cuerpo y las cortadas, heridas o lesiones no están cubiertas (como forúnculos y heridas infectadas, por pequeños que sean)

Futuros diagnósticos médicos:

Siempre que sea diagnosticado como enfermo de:

1. Norovirus
2. Fiebre tifoidea (*tifus de las salmonelas*)
3. Shigelosis (*Shigella spp.* infección)
4. *Escherichia coli* O157: H7 u otros enterohemorrágica (EHEC) o Shiga-toxina *e. coli* (STEC) de producción
5. No-tifoideas *Salmonella*
6. Hepatitis A

Futura exposición a patógenos de transmisión alimentaria:

1. Exposición a o sospecha de causar algún brote confirmado de la enfermedad de Norovirus, la fiebre tifoidea (*tifus de las salmonelas*), shigelosis, *e. coli* O157: H7 u otra infección EHEC/STEC, nontyphoidal *Salmonella* o Hepatitis A.
2. Un miembro de la familia diagnosticado con Norovirus, la fiebre tifoidea (*tifus de las salmonelas*), shigelosis, *e. coli* O157: H7 u otra infección EHEC/STEC, nontyphoidal *Salmonella* o Hepatitis A.
3. Un miembro de la familia visitando o trabajando en un entorno experimentando un brote de enfermedad confirmada de Norovirus, la fiebre tifoidea (*tifus de las salmonelas*), shigelosis, *e. coli* O157: H7 u otra infección EHEC/STEC, nontyphoidal *Salmonella* o Hepatitis A.

He leído (o me han explicado) y entiendo mis responsabilidades bajo las Reglas de Establecimiento de Alimentos de Texas y este acuerdo para cumplir con los requisitos:

1. Requisito de notificar lo señalado arriba relacionados con síntomas, diagnósticos y exposición especificada;
2. Restricciones de trabajo o exclusiones que se imponen a mí; y
3. Buenas prácticas higiénicas.

Entiendo que no cumplir con los términos de este acuerdo podría conducir a la acción por el establecimiento de alimentos o por la autoridad reguladora de alimentos que puede poner en peligro mi empleo y puede implicar acciones legales contra mí.

Nombre del empleado de comida (por favor imprima): _____

Firma del empleado de comida: _____ Fecha: _____