

**FORMULARIO
1 -B**

**Acuerdo de informe de empleados condicionales
y empleados que manipulan alimentos**

Prevención de la transmisión de enfermedades a través de los alimentos por parte de los empleados condicionales o empleados que manipulan alimentos infectados, con énfasis en enfermedades provocadas por Norovirus, *Salmonella Typhi*, *Shigella* spp., *E. coli* enterohemorrágica (EHEC) o *Escherichia coli* que produce la toxina Shiga (STEC), y el virus de la hepatitis A.

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 DE INFORMAR A LA PERSONA A CARGO SOBRE:

El comienzo de cualquiera de los siguientes síntomas, dentro o fuera del trabajo, lo que incluye 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, una 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:

Cuando sea diagnosticado con una enfermedad relacionada con los Norovirus, la fiebre tifoidea (*Salmonella Typhi*), shigellosis (infección por *Shigella* spp.), *Escherichia coli* O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC o el virus de la hepatitis A.

CONDICIONES FUTURAS DE ALTO RIESGO:

Futura exposición a agentes patógenos transmitidos por los alimentos:

1. **Exposición a, o sospecha de causar, algún 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. **Exposición a, o sospecha de causar, algún brote de enfermedad confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, shigellosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC, o hepatitis A.**

4. **Un miembro de la familia ha sido diagnosticado con norovirus, fiebre tifoidea, shigellosis, enfermedad provocada 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 lo siguiente:

1. Informar sobre 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 puedan incluir acciones legales contra mi persona.

Nombre de Empleado Condicional (por favor imprima) _____

Firma de Empleado Condicional _____ **Fecha** _____

Nombre del Empleado de Alimento (por favor imprima) _____

Firma del Empleado de Alimento _____ **Fecha** _____

Firma del Representante del Negocio _____ **Fecha** _____