

# Salud Empleado Acuerdo de Política

## ACUERDO INFORMAR A LA PERSON A CARGO SOBRE:

Estoy de acuerdo en informar a la gerente cuando tengo:

1. Diarrea
2. Vómitos
3. Ichteria
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).

## ACUERDO INFORMAR AL DIAGNÓSTICO MÉDICO FUTURO:

Estoy de acuerdo en informar a la gerente cuando tengo:

1. Los norovirus
2. La fiebre tifoidea (Salmonella Typhi y Non-Typhoidal)
3. Shigellosis (infección por Shigella spp.)
4. Escherichia coli O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC
5. El virus de la hepatitis A

*Nota: el gerente debe informar al Departamento Salud cuando un empleado tiene una de estas enfermedades.*

## FUTURA EXPOSICIÓN A AGENTES PATÓGENOS TRASMITIDOS 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. 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.

## La exclusión y la restricción del trabajo

Si usted tiene cualquiera de los síntomas o enfermedades mencionados anteriormente, podrán ser excluidos\* o restringidos\*\* de trabajo.

\*Si excluyen de trabajo, no se les permite venir a trabajar.

\*\*Si se limitan al trabajo, se le permite venir a trabajar, pero sus funciones pueden ser limitados.

## El regreso al trabajo

Si va a dejar de trabajar por tener diarrea y / o vómitos, usted no será capaz de volver a trabajar hasta más de 24 horas han pasado desde que sus síntomas duran de diarrea y / o vómitos.

Si excluyen de trabajo para la exposición de los síntomas de 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, usted no será capaz de volver a trabajar hasta la aprobación del Departamento de Salud se concede.

## Acuerdo

Yo entiendo que debo:

1. Notifica cuando tiene o ha estado expuesto a cualquiera de los síntomas o las enfermedades mencionados anteriormente; y
2. Cumplo con las restricciones laborales y / o exclusiones que se dan a mí.

Comprendo que si cumplo los términos de este acuerdo, esto podría provocar que pueden poner en peligro mi empleo.

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

---