



Pueblo de Wallingford, Departamento de Salud
45 South Main St.
Wallingford CT 06492

Vanessa Bautista, RS, MPH
Directora de Salud

Phone: 203-294-2065 Fax: 203-294-2064
Email: health@wallingfordct.gov

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 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:

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 (hepatitis A).

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 condicional (en letra de imprenta)

Firma del empleado condicional _____ Fecha _____

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 _____



Public Health
Prevent. Promote. Protect.