

**FORMULARIO I-B**

**COMPROMISO DEL EMPLEADO CONDICIONAL O EMPLEADO DE ALIMENTO DE INFORMAR**

Prevención de Transmisión de Enfermedades a través de Alimentos por Empleados Condicionales o Empleados de Alimento infectados con énfasis en Enfermedades debido a **Norovirus, Salmonella Typhi, Shigella spp., Escherichia coli** productor de toxina Shiga (STEC), **Salmonella No tifoidea** o Virus de **Hepatitis A**.

El propósito de este acuerdo es el informar a los empleados condicionales o empleados de alimento de su responsabilidad de notificar a la persona a cargo cuando experimenten algunas de las condiciones descritas, de manera que la persona a cargo pueda tomar los pasos apropiados para prevenir la transmisión de enfermedades alimentarias.

**ESTOY DE ACUERDO CON INFORMAR A LA PERSONA A CARGO DE:**

Cualquier comienzo de los siguientes síntomas, ya sea trabajando o fuera del trabajo, incluyendo el día de comienzo de la enfermedad:

1. Diarrea
2. Vómitos
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortaduras o heridas infectadas o lesiones con pus en las manos, muñecas y por partes expuestas del cuerpo u otra parte del cuerpo y la cortadura, herida o lesión que no está cubierta adecuadamente tales como ( burbujas o heridas infectadas, no importa que sean pequeñas)

Futuros diagnósticos médicos:

Siempre que sea diagnosticado de estar enfermo con **Norovirus, fiebre tifoidea (Salmonella Typhi), shigelosis (infección por Shigella spp.), infección por Escherichia coli 0157:H7 u otra infección por STEC, Salmonella no tifoidea o Hepatitis A (Infección por el virus de la Hepatitis A).**

Exposición futura a patógenos transmitidos por alimentos:

1. Expuesto o sospechoso de causar un brote de enfermedad confirmado de **Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, Infección por E. coli 0157:H7, STEC o hepatitis A.**
2. Comparte la misma vivienda con un miembro de la familia que ha sido diagnosticado con **Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, enfermedad causada por STEC o hepatitis A.**
3. Comparte la misma vivienda con un miembro de la familia que asiste o trabaja en un lugar donde se ha confirmado un brote de enfermedad de **Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, Infección por E. coli 0157:H7 , STEC o hepatitis A.**

He leído (o se me ha explicado) y entiendo los requisitos relacionados con mis responsabilidades bajo el **Código de Alimento** y este acuerdo para cumplir con:

1. El requisito de informar lo especificado anteriormente que involucre síntomas, diagnósticos y exposición
2. Restricciones o exclusiones laborales que me impongan
3. Buenas prácticas de higiene

Entiendo que de no cumplir con los términos de este acuerdo, podría ser causa suficiente para que el establecimiento de alimentos o la autoridad reguladora de alimentos tome una acción que puede poner en peligro mi empleo y puede involucrar una acción legal en mi contra.

Nombre del Empleado Condicional (letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del Empleado Condicional \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado de Alimento (letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del Empleado de Alimento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Representante o Dueño del Permiso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_