

# Acuerdo de informe de empleados de alimentos

## 6 CCR 1010-2 (2-2)

El propósito de este acuerdo es asegurar que los empleados de servicios de alimentos notifiquen a la persona encargada cuando sufran cualquiera de las condiciones que se detallan a continuación. Entonces, la persona encargada tomará los pasos necesarios para evitar la transmisión de la enfermedad alimenticia, como lo indican las Regulaciones y reglas para establecimientos de venta de alimentos del Estado de Colorado, Sección 2-2 Salud del empleado.

**Estoy de acuerdo con informar a la persona encargada si alguna vez tengo alguno de los siguientes síntomas:**

- **Síntomas de:**
  - diarrea
  - vómitos
  - ictericia
  - dolor de garganta con fiebre
  - lesiones con pus en la mano, muñeca o cualquier parte expuesta del cuerpo, tal como forúnculos y heridas infectadas, no importando qué tan pequeñas sean
  - tos, estornudos o goteo nasal persistente que provoca secreción ocular, nasal u oral
- **Diagnóstico médico de:**
  - enfermo con fiebre tifoidea (Salmonella Typhi)
    - Incluso si se diagnosticó previamente con esta enfermedad en los últimos tres meses
  - Shigelosis (Shigela spp.)
  - infección enterohemorrágica o toxina Shiga, que provoca la infección por Escherichia coli (E. coli O157:H7)
  - virus de la hepatitis A
  - norovirus
  - otras bacterias entéricas patógenas como salmonela o campilobacter
- **Condición de alto riesgo de:**
  - Estar expuesto a o tener la sospecha de poder ocasionar cualquier brote confirmado de fiebre tifoidea, shigelosis, infección con E. coli O157:H7, norovirus o hepatitis A.
  - Exposición a un miembro del hogar que se diagnosticó con fiebre tifoidea, shigelosis, enfermedad E. coli O157:H7, norovirus o hepatitis A.

**He leído o se me explicó y entiendo mi responsabilidad de cumplir con:**

- Informar acerca de cualquiera de las condiciones, síntomas o diagnósticos médicos descritos anteriormente.
- Las restricciones de trabajo o exclusiones que se me pueden imponer para evitar la transmisión de enfermedades alimenticias.
- Buenas prácticas de higiene (por ejemplo, lavarme las manos después de usar el baño; al volver a entrar a la cocina; siempre que me toque la cara, el cabello, etc. y siempre que mis manos puedan estar contaminadas; el uso apropiado de guantes cuando maneje alimentos listos para comer).

**Entiendo que el no cumplir con los términos de este acuerdo podría dar como resultado que el establecimiento de alimentos o el Departamento de Salud Pública del Condado de Boulder tomen acción.**

**Nombre del empleado de alimentos o solicitante (escriba en letra de molde) \_\_\_\_\_**

**Firma del solicitante o empleado de alimentos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

**Firma del gerente o propietario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**