



RHODE ISLAND DEPARTMENT OF HEALTH

OFFICE OF FOOD PROTECTION

ACUERDO EN REPORTAR PARA EMPLEADOS DE ALIMENTOS

PARA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES MEDIANTE ALIMENTOS
 POR EMPLEADOS CON: Salmonella Typhi, Shigella spp., Escherichia coli 0157:H, y Hepatitis A virus

El propósito de este acuerdo es asegurar que empleados de alimentos notifiquen a la persona encargada cuando ellos experimentan algunas de las condiciones listadas para así permitir que la persona encargada pueda tomar los pasos apropiados para impedir la transmisión de un brote de enfermedad causada por alimentos.

YO ESTOY DE ACUERDO EN REPORTAR A LA PERSONA ENCARGADA:

SINTOMAS FUTUROS Y LESIONES CONTENIENDO PUS:

1. Dolores estomacales
2. Diarrea
3. Fiebre
4. Pérdida de apetito (más de 3 días)
5. Ictericia
6. Vómitos
7. Lesiones conteniendo Pus

-Lesiones conteniendo Pus en las manos, muñecas, o en partes expuestas del cuerpo
 (Tal como una ampolla o herida infectada que está abierta o drenando, no importa el tamaño)

DIAGNOSTICO MEDICO FUTURO:

Siempre que un empleado de alimento es diagnosticado con una enfermedad debido a (Salmonella typhi), shigellosis (Shigella spp.), Escherichia coli 0157:H7 (E. coli 0157:H7), o Hepatitis A (Hepatitis A virus)

CONDICIONES FUTURAS DE ALTO RIESGO:

1. Vive en la misma residencia con una persona quien ha atendido o trabajado en un escenario donde hay un brote de enfermedad confirmada causada por Salmonella typhi, Shigella spp., E. coli 0157:H7 o infección con el virus de Hepatitis A.
2. Vive en la misma residencia con una persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad causada por Salmonella typhi, Shigella spp., E. coli 015:H7 o Hepatitis A.
3. Es sospechoso de causar o está expuesto a un brote de enfermedad confirmado causado por Salmonella typhi, Shigella spp., E. coli 0157:H7 o Hepatitis A.
4. Ha viajado fuera del país dentro de los últimos 50 días.

Yo he leído (o me ha sido explicado) y entiendo los requerimientos que conciernen mi responsabilidad debajo del Food code y este acuerdo para conformarme con:

1. Reportar los requerimientos especificados anteriormente, envolviendo síntomas, diagnóstico y condiciones de alto riesgo especificados;
2. Restricciones de trabajo o exclusiones que serán impuestas; y
3. Buena práctica de higiene.

Yo entiendo que falta de cumplir las condiciones de este acuerdo puede conducir al departamento de comida o la autoridad de regulatoria a tomar medidas que puede poner en peligro mi trabajo y me puedo ver involucrado en asunto legales.

Nombre del Aplicante (ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE)

Firma del Aplicante

Date

Firma del Dueño o Representante

Date

Note: Este formulario fue desarrollado por Food and Drug Administration y está disponible en el anexo del 1993 Food Code.