

Acuerdo de Política de Salud del Empleado

Informar: Síntomas de enfermedad

Me comprometo a informar al gerente cuando tenga:

1. Diarrea
2. Vómito :
3. Ictericia (coloración amarillenta de la piel y/o ojos)
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectados, o lesiones que contengan pus en la mano, muñeca, una parte expuesta del cuerpo (por ejemplo, furúnculos y heridas infectadas, aunque sean pequeñas).

Informar: Enfermedades diagnosticadas

Me comprometo a informar al gerente cuando tenga:

1. Norovirus
2. Salmonella entérica (non-Typhoidal *Salmonella*)
3. fiebre tifoidea (*Salmonella* Typhi)
4. Infección por shigella
5. Infección por E. coli (*Escherichia coli* O157:H7 u otra infección EHEC/STEC)
6. Hepatitis A

Nota: El gerente debe informar al Departamento de Salud cuando un empleado tiene una de estas infecciones.

Informar: Exposición a Enfermedades

Me comprometo a informar al gerente cuando haya estado expuesto a cualquier enfermedad mencionada anteriormente, a través de:

1. Un brote de norovirus, fiebre tifoidea, infección por shigella, infección por E. coli, o Hepatitis A.
2. A un miembro de su hogar con norovirus, fiebre tifoidea, infección por shigella, infección por E. coli, o hepatitis A.
3. A un miembro de su hogar que asista o trabaje en un lugar con un brote de norovirus, fiebre tifoidea, Salmonell enterica, infección por shigella, infección por E. coli, o hepatitis A.

Exclusión y restricción del trabajo

Si usted tiene cualquier síntoma o enfermedad mencionada anteriormente, usted puede ser excluido* o restringido** del trabajo.

*Si usted es excluido del trabajo usted no puede venir a trabajar.

**Si usted es restringido del trabajo, usted puede venir al trabajo pero sus labores pueden ser limitadas.

Al volver al trabajo

*Si usted es excluido de su trabajo por tener diarrea y/o vómito, usted no podrá volver a trabajar hasta 24 horas después de los últimos síntomas de diarrea y/o vómito.

**Si usted es excluido del trabajo por presentar síntomas de dolor de garganta con fiebre o por tener ictericia (coloración amarillenta en la piel y/o ojos), norovirus, salmonella entérica (fiebre tifoidea), infección por shigella, infección por e. coli, y/o hepatitis A, usted no podrá volver a trabajar hasta que lo apruebe el Departamento de Salud.

Acuerdo

Entiendo que debo:

1. Informar cuando tenga o he estado expuesto a cualquier síntoma o enfermedad listadas anteriormente; y
2. Cumplir con las restricciones de trabajo y/o exclusiones que se me asignen.

Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, puedo poner mi trabajo en riesgo.

Nombre del Empleado de Alimentos (letra imprenta, por favor):

Firma del Empleado Fecha:

Gerente (Persona a cargo) Nombre (letra impresa, por favor):

Firma del Gerente (Persona a cargo):

Fecha _____