

Código de Alimentos de Wisconsin

Hoja #19 Suplemento

Acuerdo de empleados que manejan alimentos para reportar enfermedades

Prevenir la Transmisión de Enfermedades a Través de la comida por Alimentos Infectados, Especialmente empleados con enfermedades como Salmonella Typhi, Shigella spp., Escherichia coli O157:H7 y Hepatitis A.

Es recomendable que este documento sea utilizado como un acuerdo entre empleados y supervisor para asegurar que los empleados encargados de los alimentos notifiquen al Supervisor cuando experimenten alguno de los síntomas listados abajo. El supervisor deberá actuar apropiadamente para prevenir la transmisión de enfermedades causadas por la comida. El uso de este documento ayudará a demostrar a las autoridades correspondientes que hay un programa de salud de empleados en el lugar.

Estoy de acuerdo en reportar al supervisor:

FUTUROS SINTOMAS Y LESIONES POSTERIORES:

1. Diarrea
2. Fiebre
3. Vómito
4. Enfermedades del hígado
5. Infección en la garganta con fiebre
6. Lesiones que tienen pus en manos, muñecas o alguna parte expuesta del cuerpo
(Como ampollas y heridas infectadas aún de tamaño pequeño)

DIAGNOSTICO MEDICO FUTURO:

Cuando sea diagnosticado con la enfermedad de fiebre tifoidea (salmonera Typhi), shigellosis (shigella spp.), Infección Escherichia coli O157:H7 (E. Coli O157:H7), Hepatitis A (virus de Hepatitis A) o cualquier otro patógeno que pueda transmitirse a través de los alimentos tal como: Salmonera spp. (no tifoidea); Entamoeba histolytica, Campylobacter spp.; Calicivirus; Cryptosporidium spp.; Giardia spp.; Yersinia spp.; Staphylococcus aureus; o Listeria monocytogenes.

Yo he leído (o me han explicado) y entiendo los requerimientos que conciernen a mis responsabilidades bajo el Código de Alimentos y estoy de acuerdo en cumplir con:

1. Reportar los requerimientos arriba especificados concernientes a síntomas, diagnósticos y condiciones de alto riesgo.
2. Restricciones de trabajo o exclusiones que me sean impuestas; y
3. Practicar buena higiene

Yo entiendo que si no cumplo con los términos de este acuerdo puedo poner en riesgo mi trabajo y el establecimiento o las leyes correspondientes pueden tomar acción legal en mi contra.

Nombre del aplicante o del empleado _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dueño o representante _____ Fecha _____