



Sirviendo a los Condados de Valley, Elmore, Boise y Ada

Oficina de Boise: 707 N. Armstrong Place  
327-7499 Boise ID 83704

Oficina de Mc Call: 703 N. 1<sup>st</sup> Street  
634- 7194 Mc Call ID 83638

Oficina de Mountain Home: 520 E 8<sup>th</sup> North  
587 -9225 Mountain Home ID 83647

### ***Acuerdo del Empleado de Reportar Enfermedades y Lastimaduras***

*Para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por alimentos a través de empleados particularmente con enfermedades causadas por Salmonella typhi, Disentería Bacilar, Shiga que produce Escherichia coli, hepatitis A viral, y Norovirus.*

**El propósito de este acuerdo es para asegurar que empleados en la industria de comida, notifiquen a la persona encargada cuando sufran de alguno de los siguientes síntomas, para que la persona encargada pueda tomar las acciones necesarias para prevenir un brote de enfermedades transmitidas por alimentos.**

#### **YO ACUERDO REPORTAR A LA PERSONA ENCARGADA:**

##### **Futuros Síntomas y Lesiones:**

1. Diarrea
2. Fiebre
3. Vómito
4. Ictericia
5. Dolor de garganta con fiebre
6. Lesiones con pus en la mano, la muñeca, u otra parte del cuerpo que esté expuesta, (por ejemplo, heridas infectadas o quemaduras sin importar el tamaño)

##### **Futuro Diagnostico Médico:**

Si en el futuro soy diagnosticado con fiebre tifoidea (Salmonella typhi), shigellosis (Shigella spp.), intoxicación Shiga – que produce infección *Escherichia coli* (*Escherichia coli*) 157:H7), hepatitis A (hepatitis A viral), o Norovirus.

##### **Futuras Condiciones de Alto Riesgo:**

1. Si hay exposición o si sospecho haber causado un brote de fiebre tifoidea, shigellosis, Shiga produciendo infección de *Escherichia coli*, o hepatitis A viral.
2. Si un miembro de mi casa ha sido diagnosticado con fiebre tifoidea, shigellosis, intoxicación por Shiga produciendo *Escherichia coli*, o hepatitis A viral.
3. Si un miembro de mi casa ha estado yendo o ha estado trabajando en un lugar donde se ha confirmado un brote de fiebre tifoidea, shigellosis, Shiga que produce infección de *Escherichia coli*, o hepatitis A viral.

He leído (o me han explicado) y comprendo los requisitos de mis responsabilidades, según el Código de Alimentos y este acuerdo, de:

1. Reportar los síntomas, diagnósticos y condiciones riesgosas especificados anteriormente;
2. Restricciones o exclusiones de trabajo que me impongan: y
3. Seguir la práctica de buena higiene.

Entiendo que al no cumplir con las condiciones de este acuerdo, el establecimiento de comida o la autoridad que regulariza la industria de comida, tomará la acción adecuada que puede resultar en la terminación de mi trabajo y acción legal en contra mía.

Nombre de Solicitante o Empleado (escriba a molde) \_\_\_\_\_

Firma de Solicitante o Empleado \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Posesor del Permiso \_\_\_\_\_