



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. 1st Street
634- 7194 Mc Call ID 83638

Oficina de Mountain Home: 520 E 8th 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 _____