



## Formulario 1-B: Acuerdo Condicional de Notificación del Empleado o del Empleado de Alimentos

*El propósito de este acuerdo es informar a los empleados sobre su responsabilidad de notificar a la persona a cargo cuando presenten cualquiera de las condiciones enumeradas, para que la persona a cargo pueda tomar las medidas adecuadas para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.*

### Acepto informar a la persona a cargo:

**Cualquier aparición de los siguientes síntomas, ya sea en el trabajo o fuera del trabajo, incluyendo la fecha de inicio:**

1. Diarrea
2. Vómitos
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectadas, o lesiones que contengan pus en la mano, la muñeca, una parte del cuerpo expuesta u otra parte del cuerpo, y que los cortes, heridas o lesiones no estén debidamente cubiertos (como forúnculos y heridas infectadas, por pequeñas que sean).

### Diagnóstico Médico Futuro:

Siempre que se diagnostique que está enfermo con Norovirus, fiebre tifoidea (*Salmonella Typhi*), shigelosis (infección por *Shigella spp.*), *Escherichia coli* O157:H7 u otra infección por STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A (infección por el virus de la hepatitis A).

### Exposición Futura a Patógenos Transmitidos por Alimentos:

1. Exposición a, o sospecha de haber causado, cualquier brote confirmado de Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por STEC, o hepatitis A.
2. Un miembro del hogar diagnosticado con Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, enfermedad causada por STEC o hepatitis A.
3. Un miembro del hogar que asista o trabaje en un lugar que esté experimentando un brote confirmado de Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otra infección por STEC, o hepatitis A.

He leído y entiendo los requisitos sobre mis responsabilidades según el Código Alimentario y este acuerdo para cumplir con:

1. Los requisitos de notificación especificados anteriormente que involucran síntomas, diagnósticos y exposición especificados;
2. Restricciones o exclusiones laborales que se me imponen; y
3. Buenas prácticas de higiene.

Entiendo que el incumplimiento de los términos de este acuerdo podría dar lugar a acciones por parte del establecimiento de alimentos o de la autoridad reguladora de alimentos, lo que podría poner en riesgo mi empleo y podría implicar acciones legales en mi contra.

**Nombre del Empleado de Alimentos (Nombre Completo):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Empleado de Alimentos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Titular del Permiso o de su Representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_