

D-fd-67 (New 09/20)



Wisconsin Department of Agriculture, Trade and Consumer Protection  
Division of Food and Recreational Safety  
PO Box 8911, Madison, WI 53708-8911  
Phone: (608)224-4683

## ACUERDO DE INFORMES DE EMPLEADOS

### PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LOS ALIMENTOS POR PARTE DE LOS EMPLEADO INFECTADOS

Se recomienda que este document se utilice como un acuerdo entre los empleados y la gestión para ayudar a garantizar que los empelados de alimentos notifiquen a la persona encargada cuando experimenten síntomas enumerados más abajo. La persona encargada tomará las medidas apropiadas para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos. El uso de este document debe ayudar a demostrar. El uso de este documento debería ayudar a demostrar a la autoridad reguladora que existe un Programa de Salud del Empleado.

#### ACUERDO DE INFORMAR A LA PERSONA ENCARGADA SOBRE:

**El comienzo de cualquiera de los siguientes síntomas, dentro o fuera del trabajo, lo que incluye la fecha del comienzo de los síntomas:**

- Vómitos
- Diarrea
- Ictericia (la coloración amarillenta de la piel y los ojos)
- Dolor de garganta con fiebre
- Cortes o heridas infectadas, o lesiones que presenten pus en la mano, muñeca, una parte expuesta del cuerpo u otras partes del cuerpo y que dichos cortes, heridas o lesiones no estén correctamente cubiertas (como diviesos y heridas infectadas, aunque sean pequeñas).

#### **Cualquier diagnóstico médico profesional de mí mismo o de cualquier miembro del hogar o posible exposición:**

- Norovirus
- Shiga toxin-producing E. coli
- *Salmonella* (no tifoidea)
- Cualquier otro patógeno que pueda transmitirse a través de alimentos como: Entamoeba histolytica; Campylobacter spp.; Cryptosporidium spp.; Giardia spp.; Yersinia enterocolitica; Staphylococcus aureus; Listeria monocytogenes.
- Shigellosis (infección por Shigella spp.)
- El virus de la hepatitis A
- La fiebre tifoidea (Salmonella Typhi)

Leí (o me han explicado) y comprendo los requisitos con respecto a mis deberes según el Código de Wisconsin de alimentos, , ATCP 75 Appendix 2-201.11, y este acuerdo, por lo tanto cumpliré con:

1. Informar los requisitos especificados anteriormente que involucran síntomas, diagnósticos y exposición especificada.
2. Las restricciones o exclusiones laborales que se imponen al regresar 24 horas después de los síntomas (incluidos vómitos y diarrea) desaparecen o con la aprobación de los médicos y
3. Buenas prácticas de higiene.

Entiendo que tengo la responsabilidad de seguir cada paso mencionado anteriormente y que estos procedimientos de seguridad están en vigor para protegerme a mí, a otros empleados y a nuestros huéspedes, así como a nuestras instalaciones de alimentos.

**Nombre del Empleado de Alimento (por favor imprima) \_\_\_\_\_**

**Firma del Empleado de Alimento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

**El Nombre de Establecimiento \_\_\_\_\_**

**Firma del Titular del Permiso o de la Persona Encargada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**