

# Acuerdo de Informe de Empleados Condicionales y Empleados que Manipulan Alimentos

## Estoy de acuerdo en informar a la persona encargada:

**Cualquier aparición de estos síntomas a la personal encargada**

- Vómito
- Diarrea
- La ictericia
- Dolor de garganta y fiebre
- Lesiones conteniendo pus [ por ejemplo hervir o herida infectada] que esta abierto con drenaje en las manos, muñecas, porciones expuestas del brazo, o cualquier otra lesión expuesta en el cuerpo

OAC 3717-1-02.1

**Si he sido diagnosticado o expuesto a cualquiera de estas enfermedades a la persona encargada**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campylobacter<sup>1</sup></li> <li>• Cryptosporidium<sup>2</sup></li> <li>• Cyclospora<sup>3</sup></li> <li>• Entamoeba histolytica<sup>4</sup></li> <li>• Enterohemorrágica o productora de la toxina Shiga Escherichia coli<sup>5</sup></li> <li>• Giardia<sup>6</sup></li> <li>• Hepatitis A<sup>7</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norovirus<sup>8</sup></li> <li>• Salmonella spp.<sup>9</sup></li> <li>• Salmonella Typhi<sup>10</sup></li> <li>• Shigella<sup>11</sup></li> <li>• Vibrio cholera<sup>12</sup></li> <li>• Yersinia<sup>13</sup></li> </ul>
---	--

OAC 3717-1-02.1 (A) (2-5)

**Yo entiendo la persona encargada debe notificar Allen County Public Health si estoy diagnosticado con cualquier enfermedad mencionados** OAC 3717-1-02.1 (B)

## Yo no puedo regresar al trabajo hasta que:

- <sup>1</sup>Campilobacteriosis:** después de 48 horas de terapia antimicrobiano O 2 muestras de heces negativo
- <sup>2</sup>Criptosporidiosis:** después de que haya cesado la diarrea Y 3 muestras de heces negativo
- <sup>3</sup>Cyclosporiasis:** después de que haya cesado la diarrea Y han comenzado terapia antimicrobiano
- <sup>4</sup>Amebiasis:** después de que haya cesado la diarrea Y 3 muestras de heces negativo
- <sup>5</sup>Enterohemorrágica o productora de la toxina Shiga E. coli:** después de cesación de diarrea Y 2 muestras de heces negativo
- <sup>6</sup>Giardiasis:** después de que haya cesado la diarrea Y 72 horas después de terapia antimicrobiano O 3 muestras de heces negativo
- <sup>7</sup>Hepatitis A:** después de 10 días después del inicio inicial de síntomas
- <sup>8</sup>Salmonelosis:** después de que haya cesado la diarrea Y 2 muestras de heces negativo
- <sup>9</sup>Fiebre tifoidea:** asintomático Y 3 muestras de heces negativo
- <sup>10</sup>Norovirus:** 48 horas después del inicio inicial de síntomas
- <sup>11</sup>Shigelosis:** después de que haya cesado la diarrea Y 2 muestras de heces negativo
- <sup>12</sup>Cólera:** después de que haya cesado la diarrea Y 2 muestras de heces negativo
- <sup>13</sup>Yersinosis:** después de que haya cesado la diarrea Y 2 muestras de heces negativo OAC 3701-3-13

Este acuerdo servirá como prueba que yo entiendo mi responsabilidad en cuando debo reportar a la persona encargada sobre las síntomas y enfermedades mencionadas<sup>1</sup>. Yo entiendo si yo desarrollo cualquiera de las síntomas o enfermedades mencionadas, la persona encargada me puede poner **LIMITACIÓN/EXCLUSIÓNES** en mi expositora con alimentos cuando trabajo<sup>2</sup>. Yo también entiendo si no cumplo con los términos de este acuerdo mi empleo se pondrá en peligro. Adams, acciones legales contra me pueden ser implicados por la autoridad reguladora de alimentos. Yo entiendo que este acuerdo es un paso importante en previniendo enfermedades transmitida por alimentos en la comunidad.

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

OAC 3717-1-2.4(C) (14)<sup>1</sup>, OAC 3717-1-02.1 (D)<sup>2</sup>

