

Un Acuerdo Sobre el Reportaje De Condiciones De Riesgo

El proposito de este acuerdo es para asegurar que los empleados informen a los gerentes encargados que estan teniendo experiencia con cualquier de las condiciones alistadas, para que el gerente encargado pueda tomar pasos apropiados para prevenir la transmisión de enfermedades portadas por comestibles.

Estoy de Acuerdo que Reportare al Gerente Encargado

1. Síntomas o Lesiones (granos) que pasaran en el futuro:

- a) Diarrea
- b) Fiebre (Calentura)
- c) Vomitación
- d) Icteric
- e) Garganta Dolorosa con Fiebre (Calentura)
- f) Lesiones (Granos) que contienen Pus, en las manos, muñecas, o cualquier parte de el cuerpo que esta expuesto. (como Heridas infectadas o Forunculos (tacotios)

2. Diagnósticos Medicos en el futuro:

Cuando se hace un diagnostico de enfermedad de fiebre tiphodea (Salmonella typhi), Shingellosis (Shingella spp.), Eschericia coli 0157H:7 (E. coli 0157:H7), o Hipatitis A (viru Hipatitis A).

3. Condiciones de Alto Riesgo en ell futuro:

- a) Si hacido expuesto o sospechado de causar un brote confirmado de fiebre tiphodea Shigellosis, E.coli 0157:H7, o Hepatitis A
- b) Un miembro de hogar con diagnostico de fiebre tiphodea, Shigellosis, E.coli 0157:H7, o Hepatitis.
- c) Un miembro de un mismo hogar que atiende o es empleado en un logar que esta coriendo un brote confirmado de fiebre tiphphodea, Shigellosis, E.coli 0157H:7, o Hepetitis A.

E leido (O se me informo) y comprendo los requisitos sobre mi responsabilidad bago este acuerdo a cumplir con:

- 1. Los requieros específicos sobre el reporte de condiciones apasionante a síntomas, diagnosticos, y condiciones de alto riesgo;
- 2. Restriciones 0 Exclusiones que son aplicadas sobre mi; Y
- 3. Buena practica de Higiene Personal .

Yo entiendo que falta de cumplir con los terminos de este acuerdo, podra resultar en acciones, por el establecimiento de comestibles o la Autoridad Regularatoria de Salubridad que pueden resultar en cargos legales o el perder de mi empleo.

Applicante o Empleado: _____ Fecha: _____

Nombre(letra de imprenta
Aplicante o Empleado: _____ Fecha: _____

Representante de Titular de Permiso: _____ Fecha: _____