

## Forma de Entrevista para Aspirantes Y Empleados

El proposito de esta forma es de asegurar que aspirantes a quien se les ofrese empleo y personas ya empleadas, avisen al gerente encargado, que estas condiciones descritas en esta aplicación existen o existieron para que el gerente pueda tomar pasos apropiados para prevenir la transmición de enfermedades portadas por comestibles.

Nombre:	
Dirección:	
Telephono: (Por Dia)	(Por Noche)

Ahora:

Esta sufriendo de alguno de los sigientes?:	
Diarrhea?	Si / No
Fiebre?	Si / No
Vomitando?	Si / No
Ictericia?	Si / No
Garganta Dolorosa con Fiebre ( Calentura )?	Si / No
Tiene usted algún grano (lesión) que contiene pus, en las manos, muñecas, o en alguna parte de el cuerpo que es expuesto? ( como un forúncolo , <i>tacotio</i> , y heridas infectadas), no importa que tamaño?	Si / No

En el Pasado:

Se le a hecho un diagnostico que lo encontro enfermo por Fiebre Tipoidea (Salmonela typhi), Shigellosis (Shigella spp.) Escherichia coli 0157H:7 (E.coli 0157H:7), o Hepatitis A (viru Hepatitis A)?	Si / No
Si se encotro enfermo, cual es la fecha de el diagnostico?	/ /

Condiciones de Alto Riesgo:

A estado usted expuesto o sospechado que causo un brote confirmado de Fiebre tipoidea (Salmonella typhi), Shigellosis (Shigella spp.), Escherichia coli 0157:H7 (E.coli 0157H:7), o Hepatitis A ( viru Hepetitis A)?	Si / No
Vive usted en el mismo hogar con una persona con diagnostico de fiebre tifoidea shingellosis, Hepetitis A, o enfermedad resultante a infección de E.coli 0157:H7 ?	Si / No
Son miembros de su hogar attendentes o trabajadores en un empleo donde se verifica un brote de Hepatitis tipo A?	Si / No

Nombre, dirección, numero de telephono, de su Doctor/ Medico:


Aplicante o Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representate con Certificado de Permiso \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_