



# Acuerdo sobre la Notificación de la Salud del Empleado del Sector de Alimentos

EL PROPÓSITO DE ESTE ACUERDO ES INFORMAR A LOS EMPLEADOS QUE MANIPULAN ALIMENTOS SOBRE SU RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR A LA PERSONA ENCARGADA SI PRESENTAN ALGUNA DE LAS CONDICIONES INDICADAS PARA QUE ÉSTA PUEDA TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS Y EVITAR LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS.

**ACEPTO HACER EL REPORTE A LA PERSONA ENCARGADA:**

**Si presento cualquiera de los siguientes síntomas, ya sea durante el trabajo o fuera de él, incluyendo la fecha en que comenzaron:**

1. Diarrea
2. Vómito
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectadas, o lesiones con pus en la mano, muñeca, una parte del cuerpo expuesta u otra parte del cuerpo, cuando dichas heridas, cortes o lesiones no estén debidamente cubiertas (como furúnculos y heridas infectadas, aunque sean pequeñas).

**Diagnóstico medico futuro:** En caso de ser diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades: Norovirus, fiebre tifoidea (Salmonella Typhi), shigelosis (infección por Shigella spp.), Escherichia coli O157:H7 u otra infección 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, un brote confirmado de enfermedad por Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, E. coli O157:H7 u otra infección causada por STEC o hepatitis A.
2. Miembro del hogar diagnosticado con Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, enfermedad causada por STEC o hepatitis A.
3. Miembro del hogar que asista o trabaje en un entorno donde se esté presentando un brote confirmado de enfermedad por Norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, E. coli O157:H7 u otra infección por STEC, o hepatitis A.

He leído (o se me ha explicado) y entiendo los requisitos relacionados con mis responsabilidades según el **Código Alimentario** y este acuerdo de cumplimiento con:

1. Los requisitos de notificación indicados anteriormente, relacionados con síntomas diagnósticos y exposiciones especificadas;
2. Las restricciones o exclusiones laborales que se me impongan; y
3. Las buenas prácticas de higiene.

**ENTIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO PODRÍA DAR LUGAR A MEDIDAS POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO DE ALIMENTOS O DE LA AUTORIDAD REGULADORA EN MATERIA DE ALIMENTOS, LAS CUALES PODRÍAN PONER EN RIESGO MI EMPLEO Y PODRÍAN IMPLICAR ACCIONES LEGALES EN MI CONTRA.**

Nombre del empleado de alimentos (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del empleado de alimentos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del titular del permiso o representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_