

FORMULARIO Entrevista de empleados condicionales y empleados alimentarios

1-A

Previendo la transmisión de enfermedades mediante los alimentos por empleados alimentarios o empleados condicionales infectados con énfasis en las enfermedades debidas al norovirus, **Salmonella typhi**, a especies de **Shigella** o E. coli O157:H7 u otras **Escherichias coli** productoras de la toxina shiga (STEC), Salmonella no tifoidea, o al virus de hepatitis A

El propósito de esta entrevista es informarles a los empleados condicionales y los empleados alimentarios de su responsabilidad de notificar a la persona a cargo cuando experimenten cualquiera de las condiciones enlistadas para que la persona a cargo pueda tomar las medidas apropiadas para impedir la transmisión de enfermedades alimentarias.

Nombre del empleado condicional (en letra de molde) _____

Nombre del empleado alimentario (en letra de molde) _____

Dirección _____

Número de teléfono de día: _____ de noche: _____

Fecha _____

¿Sufre de alguno de los siguientes síntomas? (Encierrelo en un círculo)

Si es "Sí", Fecha de aparición

¿Diarrea?	SÍ / NO _____
¿Vómito?	SI / NO _____
¿Ictericia?	SÍ / NO _____
¿Dolor de garganta con fiebre?	SÍ / NO _____

O

¿Corte o herida infectado que esté abierto y drenando, o lesiones que contengan pus en las manos, las muñecas, alguna parte del cuerpo expuesta o en otra parte del cuerpo, y dicho corte, herida o lesión no está cubierto correctamente? SÍ / NO

(Ejemplos: los furúnculos y las heridas infectadas, por más pequeños que parezcan)

En el pasado:

¿Le han diagnosticado enfermedad por fiebre tifoidea (S. Typhi)? SI / NO

De ser así, ¿cuál fue la fecha del diagnóstico? _____

Si fue en los últimos 3 meses, ¿tomó antibióticos para S. Typhi? SI / NO

De ser así, ¿cuántos días tomó los antibióticos? _____

Si tomó antibióticos, ¿se terminó la receta?

Historial de exposición:

1. ¿Se ha sospechado que usted haya causado o haya estado expuesto a un brote confirmado de enfermedad alimentaria recientemente? SI / NO

Si es "sí", la fecha del brote: _____

a. Si es "Sí", ¿cuál fue la causa de la enfermedad y cumplía ésta con los siguientes criterios? Causa:

i. norovirus (última exposición en las últimas 48 horas) Fecha del brote de enfermedad _____

ii. infección de E. coli O157:H7 (última exposición en los últimos 3 días) Fecha del brote de enfermedad _____

iii. virus de hepatitis A (última exposición en los últimos 30 días) Fecha del brote de enfermedad _____

IV. fiebre tifoidea (última exposición en los últimos 14 días) Fecha del brote de enfermedad _____

V. shigelosis (última exposición en los últimos 3 días) Fecha del brote de enfermedad _____

2. ¿Asistió a un evento o trabajó en un entorno recientemente donde hubo un brote confirmado de enfermedad? SÍ / NO

De ser así, ¿cuál fue la causa del brote confirmado de enfermedad?

Si la causa fue uno de los cinco siguientes patógenos, ¿cumplió la exposición al patógeno con los siguientes criterios?

- | | |
|--|---------|
| a. Norovirus (última exposición en las últimas 48 horas) | SÍ / NO |
| b. E. coli O157:H7 u otra STEC (última exposición en los últimos 3 días) | SÍ / NO |
| c. Shigella spp. (última exposición en los últimos 3 días) | SÍ / NO |
| d. S. Typhi (última exposición en los últimos 14 días) | SÍ / NO |
| e. Virus de hepatitis A (última exposición en los últimos 30 días) | SÍ / NO |

¿Vive usted en el mismo hogar que una persona diagnosticada con norovirus, shigelosis, fiebre tifoidea, hepatitis A o con enfermedad por E. coli O157:H7 u otra STEC?

SÍ / NO Fecha de aparición de la enfermedad _____

3. ¿Hay un miembro del hogar que asiste a o trabaja en un entorno donde hay un brote confirmado de enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, infección de STEC o hepatitis A? SÍ / NO

SÍ / NO Fecha de aparición de la enfermedad _____

Nombre, dirección y número telefónico de su profesional de salud o doctor:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono – de día: _____ de noche: _____

Firma del empleado condicional _____ Fecha

Firma del empleado alimentario _____ Fecha

Firma del titular del permiso o su representante _____ Fecha

FORMULARIO 1-B Acuerdo de informes para empleados condicionales y empleados alimentarios

Previniendo la transmisión de enfermedades mediante los alimentos por empleados alimentarios o empleados condicionales infectados con énfasis en las enfermedades debidas al norovirus, a la **Salmonella typhi**, a especies de **Shigella** o E. coli u otras **Escherichias coli** productoras de la toxina shiga (STEC), Salmonella no tifoidea, o al virus de hepatitis A.

El propósito de este acuerdo es informarles a los empleados condicionales alimentarios de su responsabilidad de notificar a la persona a cargo cualquiera de las condiciones enlistadas para que la persona a cargo pueda apropiadas para impedir la transmisión de enfermedades alimentarias.

ACEPTO INFORMARLE A LA PERSONA A CARGO:

Cualquier aparición de los siguientes síntomas, ya sea mientras estoy en el trabajo o fuera del trabajo incluyendo la fecha de aparición:

1. vómito
2. diarrea
3. ictericia (amarillez de los ojos o la piel)
4. dolor de garganta con fiebre
5. cortes o heridas infectados, o lesiones que contengan pus en las manos, las muñecas, alguna parte del cuerpo expuesta o en otra parte del cuerpo, y dichos cortes, heridas o lesiones no están cubiertos correctamente (como los furúnculos y las heridas infectadas, por más pequeños que parezcan)

Diagnóstico médico futuros

Quando se me diagnostique enfermedad por norovirus, Salmonella typhi (fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de Shigella), E. coli O157:H7 u otras infecciones de Escherichia coli productora de la toxina shiga (STEC), Salmonella no tifoidea, o hepatitis A (infección del virus de hepatitis A).

Exposiciones futuras a patógenos de transmisión alimentaria:

1. Exposición a o sospecha de haber de haber causado algún brote confirmado de enfermedad por norovirus, hepatitis A (infección del virus de hepatitis A), Salmonella typhi (fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de Shigella), E. coli O157:H7 u otras infecciones de Escherichia coli productora de la toxina shiga (STEC).

2. Un miembro del hogar a quien se le ha diagnosticado norovirus, hepatitis A (infección del virus de hepatitis A), Salmonella typhi (fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de Shigella), E. coli O157:H7 u otras infecciones de Escherichia coli productora de la toxina shiga (STEC).

3. Un miembro del hogar que asiste a o trabaja en un entorno donde hay un brote confirmado de enfermedad por norovirus, hepatitis A (infección del virus de hepatitis A), Salmonella Typha fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de Shigella), E. coli O157:H7 u otras infecciones de Escherichia coli productora de la toxina shiga (STEC).

He leído (o se me han explicado) y entiendo los requisitos con respecto a mis responsabilidades según las Reglas de Establecimientos Alimentarios y este acuerdo de cumplir con:

1. los requisitos de informes anteriormente especificados relacionados con los síntomas, diagnósticos y la exposición especificada;
2. restricciones o las exclusiones de trabajo que se me imponen y
3. las buenas prácticas higiénicas.

Entiendo que el incumplimiento con los términos de este acuerdo podría resultar en medidas por parte del establecimiento alimentario o la agencia reguladora de alimentos que podrían poner en peligro mi empleo y podrían consistir en acciones legales en mi contra.

Nombre del empleado condicional (en letra de molde) _____

Firma del empleado condicional _____ **Fecha**

Nombre del empleado alimentario (en letra de molde) _____

Firma del empleado alimentario _____ **Fecha**

Firma del titular del permiso o su representante _____ **Fecha**