**Acuerdo de informe de empleados que manipulan alimentos**

**6 CCR 1010-2 (2-2)**

El propósito de este acuerdo es asegurar que los empleados de servicios alimenticios notifiquen a la persona encargada cuando sufran alguna de las siguientes condiciones. La persona a cargo entonces tomará los pasos necesarios para evitar la transmisión de enfermedad alimenticia, como lo indican las Regulaciones y reglas para establecimientos de ventas de alimentos al detalle del Estado de Colorado, Sección 2-2.

Estoy de acuerdo en informar a la persona a cargo si alguna vez tengo alguno de los siguientes:

**Síntomas de:**

* Diarrea
* Fiebre
* Vómitos
* Ictericia
* Dolor de garganta con fiebre
* Lesiones en la mano, muñeca o cualquier parte expuesta del cuerpo que tengan pus, como furúnculos y heridas infectadas, no importa qué tan pequeñas sean
* Tos, estornudos o secreción nasal persistentes

**Diagnóstico médico de:**

* Enfermedad con fiebre tifoidea (Salmonella typhi)
* Shigellosis (Shigella spp.)
* Infección por Escherichia coli que produce la toxina Shiga (E. coli o157:H7)
* Virus de la Hepatitis A

**Condición de alto riesgo de:**

* Estar expuesto a, o tener la sospecha de poder ocasionar cualquier brote confirmado de fiebre tifoidea, shigellosis, infección con E. coli O157:H7 o hepatitis A.
* Un miembro del hogar ha sido diagnosticado con fiebre tifoidea, shigellosis, enfermedad E. coli O157:H7 o hepatitis A.
* Un miembro del hogar asiste o trabaja en un lugar en donde se confirmó que se sufre de un brote de fiebre tifoidea, shigellosis, infección con E. coli O157:H7 o hepatitis A.

He leído o se me ha explicado y entiendo mi responsabilidad de cumplir con:

* Informar acerca de cualquiera de las condiciones, síntomas o diagnósticos médicos descritos anteriormente.
* Las restricciones de trabajo o exclusiones que se me podrían imponer para evitar la transmisión de enfermedades alimenticias.
* Buenas prácticas de higiene (p.Ej., lavarme las manos después de usar el baño, al volver a entrar a la cocina, siempre que me toque la cara, cabello, etc. y siempre que mis manos puedan estar contaminadas; el uso adecuado de guantes cuando se manipulan alimentos listos para comer).

**Entiendo que el no cumplir con los términos de este acuerdo podría dar como resultado que el establecimiento de alimentos o Salud Pública del Condado de Boulder tomen acción.**

**Nombre del solicitante o empleado que manipula alimentos (en letra de molde) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del solicitante o empleado que manipulan alimentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Gerente o Propietario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**