

# Póliza de acuerdo de Salud para empleados

## Reportar síntomas y enfermedades

Estoy de acuerdo que informare al gerente cuando tenga:

1. Diarrea
2. Vomito
3. Ictericia (los ojos y la piel amarillenta)
4. dolor de garganta con fiebre
5. Cortadas o heridas infectadas o heridas con pus en las manos, muñeca, o en cualquier parte del cuerpo que sea expuesto (así como heridas infectadas a pesar de lo pequeña que sean).

## Reportando enfermedades diagnosticadas

Estoy de acuerdo que informare al gerente cuando tenga:

1. Norovirus
2. Salmonella Typhi (fiebre tifoidea)
3. Infección de Shigella spp.
4. Infección de E. coli (Escherichia coli O157:H7 u otra infección EHEC/STEC)
5. Hepatitis A

**Nota: El gerente debe reportar al departamento de salud cuando un empleado o empleado condicional tenga una de estas enfermedades.**

## Reportando exposiciones a enfermedades

Estoy de acuerdo en avisarle al gerente si he sido expuesto a cualquier de estas enfermedades mencionadas por medio de:

1. Un brote de novovirus, fiebre tifoidea, shigella spp. Infección, E.coli, o hepatitis A.
2. Un miembro de hogar con norovirus, fiebre tifoidea, Shigella spp. Infección E.Coli
3. Un miembro del hogar trabajando o asistiendo a un lugar con erupción del virus Norovirus, fiebre tifoidea, shigella spp. Infección E.coli. o hepatitis A.

## Exclusión o limitación en el trabajo

Si usted tiene cualquier de los síntomas o enfermedades mociónados, puede ser **excluido\*** o **limitado\*\*** de su trabajo.

\*Si usted es excluido del trabajo no se le permitirá trabajar por un periodo de tiempo.

\*\*Si usted es limitado del trabajo, se le permitirá regresar a trabajar pero sus deberes pueden ser limitados.

## Regresando al trabajo

Si usted es excluido de su trabajo por tener diarrea y/o vomito, no podrá regresar a trabajar hasta que hayan pasado más de 24 horas desde la última vez que tuvo síntomas de vomito o diarrea.

Si usted es excluido del trabajo por demostrar síntomas de dolor de garganta con fiebre, o por tener ictericia (la piel o los ojos amarillos) norovirus, fiebre tifoida, shigella spp. Infección E.coli y/o hepatitis A, el empleado no podrá regresar a trabajar hasta que él o ella entregue al gerente y/o al departamento de salud evidencia que el problema de salud ha sido resuelto.

## Acuerdo

Entiendo que debo:

1. Reportar cuando tenga o he sido expuesto/a a cualquiera de los síntomas o enfermedades mencionadas; y
2. Cumplir las restricciones o limitaciones que se me entreguen.

**Entiendo que si no obedezco este acuerdo, puedo poner mi trabajo en riesgo.**

Empleado de servicio de alimentos (nombre completo) \_\_\_\_\_

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Gerente o persona encargada (nombre complete) \_\_\_\_\_

Firma de Gerente o persona encargada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_