

**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? (Encierrello 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**