

Póliza de Acuerdo de Salud Para Trabajadores

Informar: Síntomas de Enfermedades

Estoy de acuerdo con informar al administrador cuando tenga:

1. Diarrea
2. Vómitos
3. Ictericia (los ojos o la piel se ven amarillos)
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectadas, o heridas con pus en las manos, muñeca, o en cualquier parte del cuerpo que este expuesta (*asi como heridas infectadas a pesar de lo pequena que sean*).

Informar: Enfermedades Diagnosticadas

Estoy de acuerdo con informar al administrador cuando tenga:

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

Nota: El administrador debe reportar al Departamento De Salud cuando un trabajador tiene cualquier de estas enfermedades).

Informar: Exposiciones a Enfermedades

Estoy de acuerdo en avisarle al administrador cuando he sido expuesto/a a cualquier de estas enfermedades mencionadas por medio de:

1. Una erupción de Norovirus, fiebre tifoidea, *Shigella* spp. infección, *E. coli* infección , o Hepatitis A.
2. Un miembro de hogar con Norovirus, fiebre tifoidea, *Shigella* spp. infección, *E. coli* infección , o Hepatitis A.
3. Un miembro de hogar trabajando o atendiendo un lugar con erupción del virus Norovirus fiebre tifoidea, *Shigella* spp. infección, *E. coli* infección, o Hepatitis A.

Exclusión o Limitación en el Trabajo

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

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

***Si usted es limitado de su 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 vómito, no podrá regresar a trabajar hasta que **mas de 24 horas hayan pasado** desde la ultima vez que tuvo síntomas de diarrea o vómito.

Si usted es excluido del trabajo por demostrar síntomas de dolor de garganta con fiebre, o por tener ictericia (la piel o los ojos se ven amarillos), Norovirus, Fiebre Tifoidea, *Shigella* spp. Infección , *E. coli* infección , y/o Hepatitis A, no podrá regresar a trabajar hasta que el **Departamento de Salud** le entregue permiso para tal.

Acuerdo

Entiendo que debo:

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

Entiendo que si no obedezco este acuerdo, puede poner mi trabajo a riesgo;

Nombre de trabajador de comida (nombre completo) _____

Firma del trabajador _____ Fecha _____

Administrador (Persona a cargo) Nombre (Nombre completo) _____

Firma del administrador (Persona a cargo) _____ Fecha _____

*Cortesía del Departamento de Salud de Alexandria, 4480 King Street,
Alexandria, Virginia, 22302*

*Para más información, busque a:
www.alexandriava.gov/EnvironmentalHealth*