

## **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
3. Infección de *Shigella*
4. *E. coli* infección (*Escherichia coli* O157:H7 u otra EHEC/STEC infección)
5. Hepatitis A
6. Salmonella *Typhi* (Fiebre tifoidea)

Nota: El administrador debe reporter 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, Salmonella, *Shigella* spp. infección, *E. coli* infección , Fiebre tifoidea o Hepatitis A.
2. Un miembro de hogar con Norovirus, Salmonella, *Shigella* spp. infección, *E. coli* infección , Fiebre tifoidea o Hepatitis A.
3. Un miembro de hogar trabajando o atendiendo un lugar con erupción del virus Norovirus, Salmonella, *Shigella* spp. infección, *E. coli* infección, Fiebre tifoidea o Hepatitis A.

Me comprometo a informar al jefe cuando:

1. Yo soy la fuente sospechosa de una brote de enfermedad confirmado porque yo comí o preparé durante la epoca de la brote.
2. He estado expuesto a una brote de enfermedad confirmado porque yo comí o preparé durante la epoca de la brote.

### **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, Salmonella, Shigella spp. Infección, E. coli infección, Fiebre tifoidea y/o Hepatitis A; o porque usted ha estado expuesto a una enfermedad o una brote de enfermedad 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 sintomas 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  
[www.alexandriava.gov/EnvironmentalHealth](http://www.alexandriava.gov/EnvironmentalHealth)*