**Empleados de alimentos de nutrición escolar/ Acuerdo de política de salud del empleado** condicional

Informar/reportar: Síntomas de enfermedad

Acepto informar a la ‘Persona a Cargo’ (PIC) cuando tengo:

1. Diarrea

2. Vómitos

3. Ictericia (coloración amarillenta de la piel y / o los ojos)

4. Dolor de garganta con fiebre

5. Cortes o heridas infectadas, o lesiones que contienen pus en la mano, la muñeca o la parte expuesta del cuerpo (como forúnculos y heridas infectadas, por pequeñas que sean).

Nota: La diarrea y los vómitos de afecciones no infecciosas no se aplican a esta política; sin embargo, un médico debe hacer el diagnóstico de la condición no infecciosa que causa diarrea y vómitos y el empleado debe proporcionar documentación escrita al PIC de que la condición no es infecciosa.

Informes: Enfermedades diagnosticadas como "Seis Grandes"

Acepto informar al PIC cuando me han diagnosticado:

1. Norovirus

2. Salmonella Typhi (fiebre tifoidea)

3. Infección Shigella spp.

4. Infección por E. coli (Escherichia coli O157: H7 u otra infección por ECEH / STEC)

5. Hepatitis A

6. Salmonella no tifódica

Nota: El **PIC** debe informar al **Departamento de Salud** cuando un empleado tiene una de estas enfermedades.

**Informar/reportar: Exposición de las "seis grandes" enfermedades**

Acepto informar al PIC cuando estuve expuesto a alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente a través de:

1. Un brote de Norovirus, fiebre tifoidea, infección Shigella spp., infección por E. coli, Hepatitis A o Salmonella no tisular.

2. Vivir con o cuidar a alguien que ha sido diagnosticado con Norovirus, fiebre tifoidea, infección Shigella spp., infección por E. coli, Hepatitis A o Salmonella no tisular.

3. Un miembro de la familia que asiste o trabaja en un entorno con un brote de Norovirus, fiebre tifoidea, infección Shigella spp, infección por E. coli, virus de la Hepatitis A o salmonela no tisular.

**Exclusión y restricción del trabajo**

Si tiene alguno de los síntomas o enfermedades mencionados anteriormente, puede ser **excluido** \* o **restringido** \*\* del trabajo.

\* Si se le excluye del trabajo, no se le permite venir a trabajar.

\*\* Si se le restringe el trabajo, se le permite venir a trabajar, pero sus deberes pueden ser limitados.

**Regreso al trabajo**

Si lo excluyen del trabajo por tener síntomas de diarrea y / o vómitos, no podrá regresar al trabajo hasta que hayan transcurrido 24 horas desde su último episodio de diarrea y / o vómitos o proporcione documentación médica de un médico.

Si se le excluye del trabajo por presentar síntomas de dolor de garganta con fiebre o por tener ictericia (coloración amarillenta de la piel y / o los ojos), Norovirus, Salmonella Typhii (fiebre tifoidea), infección Shigella spp., infección por E. coli, virus de la Hepatitis A y / o salmonela no tisular, no podrá regresar al trabajo hasta que se proporcione la documentación médica. Un empleado confirmado con norovirus no debe regresar al trabajo por 3 días.

Si se lo excluye del trabajo por haber estado expuesto a Norovirus, Salmonella Typhii (fiebre tifoidea), infección Shigella spp., infección por E. coli, virus de la Hepatitis A y / o salmonela no tisular, no podrá volver a trabajar hasta los siguientes tiempos posteriores a la exposición: 48 horas para Norovirus; 3 días para E. coli o Shigella; 14 días para Salmonella Typhii o Salmonella no tifónica; y 30 días para el virus de la hepatitis A o si se elimina después de una vacuna Igg.

**Acuerdo**

Entiendo que debo:

1. Firmar este acuerdo anualmente.

2. Informar cuando tengo o he estado expuesto a alguno de los síntomas o enfermedades enumeradas anteriormente; y

3. Cumplir con las restricciones de trabajo y / o exclusiones que se me otorgan.

Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, puedo poner mi trabajo en riesgo.

Nombre del empleado (impreso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del empleado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona a cargo (impreso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de persona a cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_