



## ENTREVISTA PARA EMPLEADOS CONDICIONALES Y EMPLEADOS DE ALIMENTOS

**La intención de esta entrevista es informar a los empleados condicionales y empleados de alimentos que deben notificar a la persona a cargo acerca de condiciones pasadas y presentes descritas, de modo que la persona a cargo pueda tomar las medidas correspondientes para evitar enfermedades transmitidas por alimentos.**

Nombre del empleado condicional (letra de molde) \_\_\_\_\_

Nombre del empleado de alimentos (letra de molde) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**¿Sufre de alguno de los síntomas siguientes? (Circule uno) Si, Sí, fecha de inicio de la enfermedad**

Diarrea Sí NO \_\_\_\_\_

Vómitos Sí NO \_\_\_\_\_

Ictericia Sí NO \_\_\_\_\_

Garganta irritada con fiebre Sí NO \_\_\_\_\_

O bien,

Cortadas o heridas infectadas abiertas drenando, o lesiones con pus localizadas en la mano, muñeca u otra parte expuesta del cuerpo, y las heridas o cortadas no están cubiertas adecuadamente (por ejemplo, ampollas o heridas infectadas, aún cuando sean pequeñas) Sí NO \_\_\_\_\_

**EN EL PASADO:**

Alguna vez le diagnosticaron fiebre tifoidea (S. Typhi) Sí NO

Si Sí, ¿cuál es la fecha del diagnóstico? \_\_\_\_\_

Si ocurrió durante los últimos tres meses, ¿tomó antibióticos para S. Typhi? Sí NO

Si Sí, ¿cuántos días tomó antibióticos para S. Typhi? \_\_\_\_\_ DÍAS

Si tomó antibióticos ¿terminó de tomar el tratamiento recetado? Sí NO

**HISTORIAL DE EXPOSICIÓN:**

**1. Le han dicho que sospecharon que usted transmitió, o ha estado expuesto a**  
 ¿Recientemente a un brote de enfermedad transmitida por alimentos confirmado? Sí NO

**a. Si Sí, ¿cuál fue la causa de la enfermedad y ésta reunió los criterios siguientes?**

**Causa:**

Norovirus (última vez expuesto durante las últimas 48 horas) Fecha del brote de la enfermedad \_\_\_\_\_

Toxina shiga que produce *E.coli* (última vez expuesto durante los últimos 3 días) Fecha del brote de la enfermedad \_\_\_\_\_

Hepatitis A (última vez expuesto durante los últimos 30 días) Fecha del brote de la enfermedad \_\_\_\_\_

Fiebre tifoidea (última vez expuesto durante los últimos 14 días) Fecha del brote de la enfermedad \_\_\_\_\_

Shigelosis (última vez expuesto durante los últimos 3 días) Fecha del brote de la enfermedad \_\_\_\_\_

Salmonela no tifoidea (última vez expuesto durante los últimos 3 días) Fecha del brote de la enfermedad \_\_\_\_\_



## ENTREVISTA PARA EMPLEADOS CONDICIONALES Y DE ALIMENTOS (Cont.)

b. Si SÍ, responda:

¿Consumió comida que estuvo involucrada durante el brote? SÍ NO

¿Trabajó en un establecimiento de alimentos que fue la fuente del brote? SÍ NO

¿En un evento consumió alimentos preparados por una persona que estaba enferma? SÍ NO

2. ¿Asistió a un evento o trabajó en un lugar dónde hubo un brote confirmado de enfermedad? SÍ NO

Si SÍ, ¿cuál fue la causa del brote confirmado de la enfermedad? \_\_\_\_\_

Si la causa fue uno de los seis patógenos siguientes, ¿la exposición al patógeno llenó alguno de los criterios siguientes?

a. Norovirus (última vez expuesto durante durante las últimas 48 horas) SÍ NO

b. Toxina shiga que produce *E.coli* (última vez expuesto durante los últimos 3 días) SÍ NO

c. Virus de hepatitis A (última vez expuesto durante los últimos 30 días) SÍ NO

d. Fiebre tifoidea (última vez expuesto durante los últimos 14 días) SÍ NO

e. Shigelosis (última vez expuesto durante los últimos 3 días) SÍ NO

f. Salmonela no tifoidea (última vez expuesto durante los últimos 3 días) SÍ NO

3. Vive en la misma casa que una persona diagnosticada con Norovirus, enfermedad debido a la toxina Shiga que produce *E.coli*, Hepatitis A, fiebre tifoidea, shigelosis, o salmonela no tifoidea? SÍ NO

Si SÍ, fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene algún familiar que asista o trabaje en un lugar donde hay un brote confirmado de enfermedad Norovirus, toxina shiga que produce *E. coli*, Hepatitis A, fiebre tifoidea, shigelosis o salmonela no tifoidea? SÍ NO

Si SÍ, fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono de su médico o encargado de atención a la salud:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono De día: \_\_\_\_\_ De noche: \_\_\_\_\_



## ACUERDO CON LOS EMPLEADOS CONDICIONALES Y DE ALIMENTOS

*La intención de este Acuerdo es informar a los empleados condicionales y de alimentos acerca de su responsabilidad de notificar a la persona a cargo acerca de condiciones pasadas y presentes descritas, de modo que la persona a cargo pueda tomar las medidas correspondientes para evitar enfermedades de transmisión por alimentos.*

**ACEPTO INFORMAR A LA PERSONA A CARGO:**

Sobre cualquier inicio de los síntomas siguientes, ya sea en el trabajo o fuera del trabajo, incluyendo la fecha del inicio:

1. Diarrea
2. Vómitos
3. Ictericia
4. Garganta irritada con fiebre
5. Cortadas o heridas infectadas abiertas drenando, o lesiones con pus localizadas en la mano, muñeca u otra parte expuesta del cuerpo, y las heridas o cortadas no están cubiertas adecuadamente (por ejemplo, ampollas o heridas infectadas, aún cuando sean pequeñas)

**DIAGNÓSTICO MÉDICO FUTURO:**

Cuando sea diagnosticado como enfermo con Norovirus, toxina Shiga que produce *E. coli*, Hepatitis A (infección con virus de la hepatitis A) fiebre tifoidea (*S. Typhi*) Shigelosis (infección por la especie Shigela), o salmonela no tifoidea.

**FUTURA EXPOSICIÓN A PATÓGENOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN POR ALIMENTOS:**

1. Exposición, o sospecha de causar cualquier brote confirmado de Norovirus, toxina Shiga que produce *E. coli*, Hepatitis A, fiebre tifoidea, shigelosis o salmonela no tifoidea.
2. Un miembro de la familia diagnosticado con Norovirus, enfermedad debido a la toxina Shiga que produce *E.coli*, Hepatitis A, fiebre tifoidea, shigelosis, o salmonela no tifoidea
3. Un miembro de la familia que asiste o trabaja en un lugar que está pasando por un brote de enfermedad confirmada de Norovirus, toxina Shiga que produce *E. coli*, Hepatitis A, fiebre tifoidea, shigelosis o salmonela no tifoidea.

Leí (o pedí que me explicaran) y entiendo los requisitos con respecto a mis responsabilidades según el Código de Alimentos del Estado de Delaware y de este Acuerdo con los que debo cumplir:

1. Obligación de reportar los síntomas especificados anteriormente, los diagnósticos y exposiciones especificadas
2. Las restricciones o exclusiones del trabajo que me son impuestas
3. Las buenas prácticas higiénicas

Entiendo que si no cumplo con los términos de este Acuerdo podría estar sujeto a medidas de parte del establecimiento de alimentos o de la autoridad reguladora, y que esto afecta mi empleo y puede incluir que tomen medidas legales en mi contra.

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

Firma del empleado de alimentos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del titular del permiso o de su representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_