



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, Sí NO _____

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. Thyphi*) 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 _____