



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
DIVISIÓN DE SERVICIOS REGULADORES
SECCIÓN DE SEGURIDAD AMBIENTAL Y DEL CONSUMIDOR
UNIDAD DE POLÍTICAS, NORMAS Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
GRUPO DE SANIDAD PÚBLICA Y SEGURIDAD DE ALIMENTOS DE VENTA AL POR MENOR

MODELO DE FORMULARIOS DEL GRUPO DE SANIDAD PÚBLICA Y SEGURIDAD DE ALIMENTOS DE VENTA AL POR MENOR

17 de octubre de 2006 (Revisado el 23 de febrero de 2017)

Formulario: no. 1-B - Acuerdo de informes por empleados condicionales y empleados alimentarios

Sección aplicable de las Reglas para los Establecimientos Alimentarios de Texas (TFER): §228.35

FORMULARIO 1-B	<p>Acuerdo de informes por empleados condicionales y empleados alimentarios</p> <p>Prevención de la transmisión de enfermedades mediante los alimentos por empleados alimentarios o empleados condicionales infectados con un énfasis en las enfermedades causadas por norovirus, <i>Salmonella typhi</i>, <i>Shigella spp</i>, <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágica (EHEC) o <i>Escherichia coli</i> productora de la toxina Shiga (STEC), <i>Salmonella</i> no tifoidea o virus de hepatitis A</p>
-------------------	---

El propósito de este acuerdo es informarles a los empleados condicionales y los empleados alimentarios de su responsabilidad de notificar a la persona a cargo cuando experimenten alguna de las condiciones listadas para que la persona a cargo pueda tomar las medidas apropiadas para impedir la transmisión de enfermedades alimentarias.

ACEPTO INFORMARLE A LA PERSONA A CARGO DE:

Cualquier aparición de los siguientes síntomas, ya sea mientras esté en el trabajo o fuera del trabajo, incluida la fecha de la aparición:

1. Diarrea

Public Sanitation and Retail Food Safety Group • PO Box 149347, Mail Code 1987 • Austin, Texas 78714-9347
(512) 834-6753 • Facsímil: (512) 834-6683 • <http://www.dshs.texas.gov/foodestablishments/>

2. Vómito
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectadas, o lesiones que contengan pus en las manos, las muñecas, alguna parte expuesta del cuerpo o en otra parte del cuerpo, y dichos cortes, heridas o lesiones no están cubiertos correctamente (como los furúnculos y las heridas infectadas, por más pequeños que sean).

Diagnósticos médicos futuros:

Cuando se diagnostique alguna enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*), shigelosis (infección por *Shigella spp*), *Escherichia coli* O157:H7 u otras infecciones por EHEC/STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A (infección por virus de hepatitis A)

Exposiciones futuras a patógenos transmitidos por alimentos:

1. Exposición a o sospecha de causar algún brote confirmado de enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*), shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otras infecciones por EHEC/STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A.
2. Un miembro del hogar a quien se le diagnosticó norovirus, fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*), shigelosis, enfermedad causada por EHEC/STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A.
3. Un miembro del hogar que asiste a o trabaja en un entorno donde está habiendo un brote confirmado de enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*), shigelosis, *E. coli* O157:H7 u otras infecciones por EHEC/STEC, *Salmonella* no tifoidea o hepatitis A.

He leído (o se me han explicado) y entiendo los requisitos con respecto a mis responsabilidades según las Reglas para los Establecimientos Alimentarios de Texas y este acuerdo de cumplir con:

1. Los requisitos de informes anteriormente especificados relacionados con los síntomas, diagnósticos y la exposición especificada;
2. Las restricciones o las exclusiones en el trabajo que se me impongan; y
3. Las buenas prácticas de higiene.

Entiendo que el incumplimiento con los términos de este acuerdo podría llevar a la toma de medidas por parte del establecimiento alimentario o la entidad reguladora de alimentos, lo cual podría poner en peligro mi empleo y podría consistir en acciones legales en mi contra.

Nombre del empleado condicional (en letra de molde): _____

Firma del empleado condicional: _____ Fecha _____

Nombre del empleado alimentario (en letra de molde): _____

Firma del empleado alimentario _____ Fecha _____

Firma del titular del permiso o su representante: _____ Fecha _____
