



County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods and diverse communities of Fairfax County

Formulario #2 ACUERDO DE INFORME SOBRE ENFERMEDADES DEL EMPLEADO

Usted cumple un rol muy importante en el suministro de alimentos sanos al público en general. Dado que manipula los alimentos, usted tiene la responsabilidad de informar sobre los síntomas y enfermedades indicados a continuación:

Acepto informar a la persona encargada sobre los siguientes síntomas o enfermedades transmitidas por alimentos:

1. Vómitos
2. Diarrea
3. Ictericia – Piel u ojos amarillentos
4. Dolor de garganta y fiebre
5. Heridas infectadas

Acepto informar a la persona encargada si un médico diagnostica que tengo una de las siguientes enfermedades:

1. E.coli
2. Salmonela
3. Siguela
4. Hepatitis A
5. Norovirus

Acepto informar a la persona encargada si estoy expuesto a enfermedades de transmisión por alimentos de las siguientes maneras:

1. Estoy expuesto al brote confirmado de enfermedades de transmisión por alimentos;
2. Una persona que vive en mi casa recibió un diagnóstico de una enfermedad de transmisión por alimentos;
3. Una persona que vive en mi casa asiste a un evento o trabaja en un lugar donde se confirmó el brote de una enfermedad de transmisión por alimentos.

Reconocimiento por parte del empleado

Entiendo que si no cumplo con las disposiciones de este acuerdo, el establecimiento alimentario o el Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department) podrían tomar medidas que afecten mi empleo.

Nombre del empleado (letra imprenta) _____

Firma del empleado _____ Fecha _____

Firma de la persona encargada _____ Fecha _____

