

# Pender County

## Health Department

*...Building a healthier tomorrow...*

*Carolyn Moser, MPA*

*Health Director*

### **ACUERDO DE INFORME DE ENFERMEDAD DEL EMPLEADO**

Usted como empleado del servicio de alimentos desempeña un papel muy importante en el suministro de alimentos seguros al público en general. Como manipulador de alimentos, tiene la responsabilidad de informar los síntomas y condiciones que se enumeran a continuación.

Acepto informar a la persona a cargo los siguientes síntomas de enfermedades transmitidas por alimentos:

1. Vómitos
2. Diarrea
3. Ictericia-color de piel o ojos amarillos
4. Dolor de garganta con fiebre.
5. Heridas infectadas

Acepto informar a la persona a cargo si un medico me diagnostica con alguna de las siguientes infecciones:

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

**Nota: El gerente debe notificar a el Departamento de Salud de Pender cuando un empleado padece de cualquiera de estas enfermedades**

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

1. Estoy expuesto a un brote confirmado de enfermedades transmitidas por alimentos
2. Alguien que vive en mi casa es diagnosticado con enfermedades transmitidas por alimentos
3. Alguien que vive en mi casa asiste a un evento o trabaja en un lugar que tiene un brote confirmado de enfermedades transmitidas por alimentos.

Entiendo que si no cumplo con los términos de este acuerdo, el establecimiento de alimentos o el Departamento de Salud del Condado de Pender podrían tomar medidas que puedan afectar mi empleo.

Nombre de el empleado( letra molde): \_\_\_\_\_

Firma de el empleado: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona encargada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**803 S. Walker St., Burgaw, NC 28425 (910) 259-1328 Fax (910) 259-1258**

**Environmental Health (910) 259-1233 WIC (910) 259-1290**