

Food Employee Reporting Agreement



This agreement informs conditional employees or food employees of their responsibility to notify the person in charge when they experience any of the conditions listed below. The person in charge can then take appropriate steps to preclude transmission of food borne illness.

I AGREE TO REPORT TO THE PERSON IN CHARGE:

Any onset of the following symptoms while either at work or outside of work, including the date symptoms started:

1. Diarrhea
2. Vomiting
3. Jaundice (yellowing of the eyes)
4. Sore throat with fever
5. Infected cuts or wounds; or lesions containing pus on the hand, wrist, and exposed body part, or other body part; and the cuts, wounds, or lesions are not properly covered (such as boils and infected wounds, however small).

*Food Employees with symptoms of vomiting or diarrhea must be excluded until they are without symptoms for 24 hours, or have provided documentation from a health practitioner stating symptoms are from a non-infectious condition

Future Medical Diagnosis:

Whoever diagnosed with Norovirus, Salmonella, Salmonella Typhi (typhoid fever), Shigella infection (shigellosis), E. coli O157:H7 or other EHEC/STEC infection, or Hepatitis A virus infection.

Future Exposure to Foodborne Pathogens:

- Exposure to or suspicion of causing any confirmed disease outbreak of Norovirus, typhoid fever, shigellosis, E. coli O157:H7 or other EHEC/STEC infection, or hepatitis A.
- A household member diagnosed with Norovirus, typhoid fever, shigellosis, and illness due to EHEC/STEC infection, or hepatitis A.
- A household member attending or working in a setting experiencing a confirmed disease outbreak of Norovirus, typhoid fever, shigellosis, E. coli O157:H7 or other EHEC/STEC infection, or hepatitis A.

I have read (or had explained to me) and understand the requirements concerning my responsibilities under the Food Code and this agreement to comply with:

1. Reporting requirements specified above involving symptoms, diagnoses, and exposure specified;
2. Work restrictions or exclusions that are imposed upon me; and
3. Good hygienic practices.

I understand that failure to comply with the terms of this agreement could lead to action by the food establishment or the food regulatory authority that may jeopardize my employment and may involve legal action against me.

Conditional Employee Name (please print): _____

Food Employee Name (please print): _____

Signature of Conditional or Food Employee: _____ Date: _____

Signature of Permit Holder or Representative: _____ Date: _____

Acuerdo de informes de empleados de alimentos



Este acuerdo informa a los empleados condicionales o a los empleados que manipulan alimentos sobre su responsabilidad de notificar a la persona a cargo cuando experimenten cualquiera de las afecciones que se enumeran a continuación. La persona a cargo puede entonces tomar las medidas adecuadas para evitar la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.

ACEPTO INFORMAR AL RESPONSABLE:

Cualquier aparición de los siguientes síntomas mientras se está en el trabajo o fuera del trabajo, incluida la fecha en que comenzaron los síntomas:

1. Diarrea
2. Vómitos
3. Ictericia (coloración amarillenta de los ojos)
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectadas; o lesiones que contengan pus en la mano, muñeca y parte del cuerpo expuesta, u otra parte del cuerpo; y los cortes, heridas o lesiones no estén cubiertos adecuadamente (como forúnculos y heridas infectadas, por pequeñas que sean).

*Empleados de alimentos con síntomas de vómito o diarrea deben ser excluidos hasta que estén sin síntomas durante 24 horas, o hayan proporcionado documentación de un profesional de la salud que indique que los síntomas se deben a una condición no infecciosa.

Diagnóstico médico futuro:

Cualquier persona diagnosticada con Norovirus, Salmonella, Salmonella Typhi (fiebre tifoidea), infección por Shigella (shigelosis), E. coli O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC, o infección por el virus de la hepatitis A.

Exposición futura a patógenos transmitidos por alimentos:

- Exposición o sospecha de causar cualquier brote confirmado de enfermedad de norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, E. coli O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC o hepatitis A.
- Un miembro del hogar diagnosticado con norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis y enfermedad debido a infección por EHEC/STEC o hepatitis A.
- Un miembro del hogar que asiste o trabaja en un entorno que experimenta un brote confirmado de enfermedad de norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, E. coli O157:H7 u otra infección por EHEC/STEC, o hepatitis A.

He leído (o me han explicado) y comprendo los requisitos relativos a mis responsabilidades en virtud del Código de Alimentos y este acuerdo de cumplir con:

1. Requisitos de notificación especificados anteriormente que involucran síntomas, diagnósticos y exposición especificados;
2. Restricciones o exclusiones laborales que se me impongan; y
3. Buenas prácticas de higiene.

Entiendo que el incumplimiento de los términos de este acuerdo podría dar lugar a acciones por parte del establecimiento de alimentos o de la autoridad reguladora de alimentos que podrían poner en peligro mi empleo y podrían implicar acciones legales en mi contra.

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

Nombre del empleado de alimentos (en letra de imprenta): _____

Firma del empleado condicional o de alimentos: _____ Fecha: _____

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