

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS



DIVISIÓN DE SERVICIOS REGULADORES  
SECCIÓN AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD DEL CONSUMIDOR  
UNIDAD DE POLÍTICAS, NORMAS Y ASEGURAMIENTO DE CALIDAD  
GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS

FORMULARIO REGULADOR  
DEL GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS

1 de diciembre, 2009

FEGRF - N.o 1

**Formulario: Acuerdo de informes para empleados condicionales y empleados alimentarios**

**Sección aplicable de las Reglas de Establecimientos Alimentarios de Texas (TFER):  
§229.163(d)**

**Acuerdo de informes para empleados condicionales y empleados alimentarios**

Previendo la transmisión de enfermedades mediante los alimentos por empleados alimentarios o empleados condicionales infectados con énfasis en las enfermedades debidas al norovirus, al virus de hepatitis A, a la *Salmonella typhi*, a especies de *Shigella* o *E. coli* O157:H7 u otras *Escherichias coli* productoras de la toxina shiga (STEC).

*El uso de este formulario cumple con los requisitos del Código de Salud y Seguridad de Texas, §437.005(e) y de las TFER, §229.163(d).*

Este formulario fue desarrollado por la Administración de Alimentos y Fármacos de los EE.UU. y forma parte del Código Alimentario de la FDA de 2009. También cumple con los requisitos y la finalidad de las Reglas de Establecimientos Alimentarios de Texas (TFER). La finalidad del formulario es facilitar la adopción de las TFER y la aplicación de sus disposiciones en cuanto a la salud de los empleados condicionales y los empleados alimentarios y las inspecciones de los establecimientos alimentarios.

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 cualquiera 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:**

**A. cualquier aparición de los siguientes síntomas, ya sea mientras estoy en el trabajo o fuera del trabajo, incluida la fecha de aparición**

1. vómito
2. diarrea
3. ictericia (amarillez de los ojos o la piel)
4. dolor de garganta con fiebre
5. cortes o heridas infectados, o lesiones que contengan pus en las manos, las muñecas, alguna parte del cuerpo expuesta 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 parezcan*)

**B. diagnósticos médicos futuros:**

cuando se me diagnostique enfermedad por norovirus, hepatitis A (infección del virus de hepatitis A), *Salmonella typhi* (fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de *Shigella*), *E. coli* O157:H7 u otras infecciones de *Escherichia coli* productora de la toxina shiga (STEC).

**C. exposiciones futuras a patógenos de transmisión alimentaria:**

1. mi exposición a o sospecha de haber causado algún brote confirmado de enfermedad por norovirus, hepatitis A (infección del virus de hepatitis A), *Salmonella typhi* (fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de *Shigella*), *E. coli* O157:H7 u otras infecciones de *Escherichia coli* productora de la toxina shiga (STEC).
2. un miembro del hogar a quien se le ha diagnosticado norovirus, hepatitis A (infección del virus de hepatitis A), *Salmonella typhi* (fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de *Shigella*), *E. coli* O157:H7 u otras infecciones de *Escherichia coli* productora de la toxina shiga (STEC).
3. un miembro del hogar que asiste a o trabaja en un entorno donde hay un brote confirmado de enfermedad por norovirus, hepatitis A (infección del virus de hepatitis A), *Salmonella typhi* (fiebre tifoidea), shigelosis (infección de especies de *Shigella*), *E. coli* O157:H7 u otras infecciones de *Escherichia coli* productora de la toxina shiga (STEC).

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

1. los requisitos de informes anteriormente especificados relacionados con los síntomas, los diagnósticos y la exposición especificada;
2. las restricciones o las exclusiones de trabajo que se me imponen y
3. las buenas prácticas higiénicas.

Entiendo que el incumplimiento con los términos de este acuerdo podría resultar en medidas por parte del establecimiento alimentario o la agencia reguladora de alimentos que podrían poner en peligro mi empleo y podrían 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** \_\_\_\_\_