

FORM 1-B Conditional Employee or Food Employee Reporting Agreement

Preventing Transmission of Diseases through Food by Infected Conditional Employees or Food Employees with Emphasis on Illness due to Norovirus, *Salmonella* Typhi, *Shigella* spp., or Shiga toxin-producing *Escherichia coli* (STEC), nontyphoidal *Salmonella* or Hepatitis A Virus

The purpose of this agreement is to inform conditional employees or food employees of their responsibility to notify the person in charge when they experience any of the conditions listed so that the person in charge can take appropriate steps to preclude the transmission of foodborne illness.

I AGREE TO REPORT TO THE PERSON IN CHARGE:

Any Onset of the Following Symptoms, Either While at Work or Outside of Work, Including the Date of Onset:

1. Diarrhea
2. Vomiting
3. Jaundice
4. Sore throat with fever
5. Infected cuts or wounds, or lesions containing pus on the hand, wrist, an 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)

Future Medical Diagnosis:

Whenever diagnosed as being ill with Norovirus, typhoid fever (*Salmonella* Typhi), shigellosis (*Shigella* spp. infection), *Escherichia coli* O157:H7 or other STEC infection, nontyphoidal *Salmonella* or hepatitis A (hepatitis A virus infection)

Future Exposure to Foodborne Pathogens:

1. **Exposure to or suspicion of causing any confirmed disease outbreak of Norovirus, typhoid fever, shigellosis, *E. coli* O157:H7 or other STEC infection, or hepatitis A.**
2. **A household member diagnosed with Norovirus, typhoid fever, shigellosis, illness due to STEC, or hepatitis A.**
3. **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 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) _____

Signature of Conditional Employee _____ **Date** _____

Food Employee Name (please print) _____

Signature of Food Employee _____ **Date** _____

Signature of Permit Holder or Representative _____ **Date** _____

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

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, *Salmonella typhi*, *Shigella* spp, *Escherichia coli* enterohemorrágica (EHEC) o *Escherichia coli* productora de la toxina Shiga (STEC), *Salmonella* no tifoidea o virus de hepatitis A

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
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:

Quando 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 _____