

# EMPLOYEE HEALTH REPORTING AGREEMENT

The purpose of this agreement is to inform food service employees of their responsibility to notify the Person-in-Charge (PIC) when they experience any of the conditions listed so that the PIC can take appropriate steps to prevent the transmission of foodborne illness.

**I agree to report to the person-in-charge the following symptoms of foodborne illness:**

1. Vomiting
2. Diarrhea
3. Jaundice – yellow skin or eye color
4. Sore throat with fever
5. Infected wounds or lesions with pus (on hands, wrist, or exposed body parts)

**Note: The PIC must report to the Health Department when an employee is jaundiced.**

**I agree to report to the person-in-charge if a doctor says that I have one of the following illnesses:**

1. Norovirus
2. Hepatitis A
3. Salmonella typhi (typhoid fever)
4. Non-typhoidal Salmonella
5. E. coli O157:H7 (or other shiga-toxin-producing Escherichia coli)
6. Shigellosis

**Note: The PIC must report to the Health Department when an employee has one of these illnesses.**

**I agree to report to the person-in-charge if I am exposed to foodborne illness in the following ways:**

1. I am exposed to a confirmed outbreak of foodborne illness;
2. Someone who lives in my house is diagnosed with a foodborne illness;
3. Someone who lives in my house attends an event or works in a place which has a confirmed outbreak of foodborne illness.

## Exclusion and Restriction from Work

If you have any of the symptoms or illnesses listed above, you may be excluded\* or restricted\*\* from work.

\*If you are excluded from work you are not allowed to come to work.

\*\*If you are restricted from work you are allowed to come to work, but your duties may be limited.

## Returning to Work

If you are excluded from work for having diarrhea and/or vomiting, you will not be able to return to work until: 1) more than 24 hours have passed since your last symptoms of diarrhea and/or vomiting, or 2) provide written medical documentation from a health practitioner indicating that the symptoms are from a noninfectious condition.

If you are excluded from work for exhibiting symptoms of Norovirus, Salmonella Typhi, nontyphoidal Salmonella, Shigella spp. infection, E. coli O157:H7 or other STEC infection, and/or Hepatitis A, you will not be able to return to work until approval from the Health Department is granted.

I have read (or had explained to me) and understand the requirements concerning my responsibilities under the Texas Food Establishment Rules 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.

**Employee Acknowledgement:** *I understand that if I fail to meet the terms of this agreement, action could be taken by the food establishment and/or Northeast Texas Public Health District that may affect my employment.*

Employee Name (please print) \_\_\_\_\_ Signature of Employee \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PIC Name (please print) \_\_\_\_\_ Signature of PIC \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# ACUERDO DE INFORME DE SALUD DE LOS EMPLEADOS

El propósito de este acuerdo es informar a los empleados del servicio de alimentos de su responsabilidad de notificar a la Persona a Cargo (PIC) cuando experimenten alguna de los síntomas cual la PIC pueda tomar las medidas adecuadas para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.

**Me comprometo a informar a la persona a cargo de los siguientes síntomas de enfermedades transmitidas por los alimentos:**

1. **Vómito**
2. **Diarrea**
3. **Ictericia: color amarillo de la piel o de los ojos**
4. **Dolor de garganta con fiebre**
5. **Heridas infectadas o lesiones con pus (en las manos, la muñeca o partes del cuerpo expuestas)**

**Nota: La PIC debe informar al Departamento de Salud cuando un empleado tiene ictericia.**

**Me comprometo a informar a la persona a cargo si un médico dice que tengo una de las siguientes enfermedades:**

1. **Norovirus**
2. **Hepatitis A**
3. **Salmonella typhi (fiebre tifoidea)**
4. **Salmonella no Tifoidea**
5. **E. coli O157:H7 (u otra Escherichia coli productora de toxina shiga)**
6. **Shigelosis**

**Nota: La PIC debe informar al Departamento de Salud cuando un empleado tiene una de estas enfermedades.**

**Estoy de acuerdo en informar a la persona a cargo si estoy expuesto a enfermedades transmitidas por los alimentos de las siguientes maneras:**

1. **Estoy expuesto a un brote confirmado de enfermedades transmitidas por los alimentos;**
2. **Alguien que vive en mi casa es diagnosticado con una enfermedad transmitida por los 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 los alimentos.**

## **Excluido y restringido del trabajo**

Si tiene alguno de los síntomas o enfermedades enumerados anteriormente, puede ser excluido\* o restringido\*\* del trabajo.

\*Si está excluido del trabajo, no se le permite trabajar.

\*\*Si se le restringe, se permite trabajar pero sus deberes serán limitados.

## **Regreso al trabajo**

Si se le excluye del trabajo por tener diarrea y/o vómitos, no podrá volver al trabajo hasta que: 1) hayan pasado más de 24 horas desde sus últimos síntomas de diarrea y/o vómitos, o 2) proporcione documentación médica de la salud que indique que los síntomas no se deben a una condición infecciosa.

Si usted es excluido del trabajo por presentar síntomas de Norovirus, Salmonella Typhi, Salmonella no tifoidea, infección por Shigella spp., E. coli O157:H7 u otra infección por STEC, y/o Hepatitis A, no podrá regresar al trabajo hasta que se otorgue la aprobación del Departamento de Salud.

He leído (o me han explicado) y entiendo los requisitos relativos a mis responsabilidades bajo las Reglas de Establecimientos de Alimentos de Texas y este acuerdo para cumplir con: 1. Los requisitos de información especificados anteriormente que involucran síntomas, diagnósticos y exposición especificados; 2. Restricciones o exclusiones laborales que se me imponen; y 3. Buenas prácticas higiénicas.

**Reconocimiento de los empleados:** Entiendo que si no cumpla con los términos de este acuerdo, el establecimiento de alimentos y/o el Distrito de Salud Pública del Noreste de Texas podrían tomar medidas que pueden afectar mi empleo.

Nombre del empleado (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre PIC (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Firma de PIC \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_