

Food Employee Reporting Agreement

The purpose of this agreement is to ensure that Food Employees 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:

Future Symptoms and Pustular Lesions:

1. Diarrhea
2. Fever
3. Vomiting
4. Jaundice
5. Sore throat with fever
6. Lesions containing pus on the hand, wrist, or an exposed body part (such as boils and infected wounds, however small)

Future Medical Diagnosis:

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

Future High-Risk Conditions:

- **Exposure to or suspicion of causing any confirmed outbreak of typhoid fever, shigellosis, Shiga toxin-producing *Escherichia coli* infection, hepatitis A or Norovirus**
- **A household member diagnosed with typhoid fever, shigellosis, illness due to Shiga toxin-producing *Escherichia coli*, hepatitis A, or Norovirus**
- **A household member attending or working in a setting experiencing a confirmed outbreak of typhoid fever, shigellosis, Shiga toxin-producing *Escherichia coli* infection, hepatitis A, or Norovirus**

I have read (or had explained to me) and understand the requirements concerning my responsibilities under the Indiana Code 410 IAC 7-24, and this agreement to comply with:

- Reporting requirements specified above involving symptoms, diagnoses, and high-risk conditions specified;
- Work restrictions or exclusions that are imposed upon me; and
- 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.

Applicant or Food Employee Name (please print) _____

Signature of Applicant or Food Employee _____ Date _____

Signature of Permit Holder's Representative _____ Date _____

Acuerdo Para Empleados del Area de Comida

El propósito de este acuerdo es asegurar que los empleado del área de comida, notifiquen a la persona a cargo, cuando experimenten cualquiera de las condiciones en este listado, para que así la persona a cargo pueda tomar los pasos apropiados para evitar, o minimizar, la transmisión de enfermedades transmitidas a través de la comida.

Yó me comprometo a reportar a la persona a cargo si:

Síntomas Futuros y Lesiones:

- 1- Diarrea
- 2- Fiebre
- 3- Vómitos
- 4- Ictericia
- 5- Dolor de Garganta con Fiebre
- 6- Lesiones con pus en las manos, muñecas, o cualquier otra parte del cuerpo (como llagas o heridas infectadas, aunque sean pequeñas)

Diagnostico Médico Futuro:

Cuando halla un diagnostico de **fiebre tifoidea** (Salmonella Typhi), **Shigelosis**, (Shigella spp), **Shiga Toxin** que produce la infección de **Escherichia coli** (Escherichia coli O157:H7), **Hepatitis A** (virus de hepatitis A), o **Norovirus**.

Condiciones Futuras de Alto Riesgo:

- Exposición o sospecha de algún brote de fiebre tifoidea, shigelosis, Shiga Toxin que produce la infección de Escherichia coli, Hepatitis A, o Norovirus.
- Algun miembro del hogar diagnosticado con fiebre tifoidea, shigelosis, Shiga Toxin que produce la infección de Escherichia coli, Hepatitis A, o Norovirus.
- Algun miembro del hogar que atienda o trabaje en un área dónde ha sido confirmado un brote de fiebre tifoidea, shigelosis, Shiga Toxin que produce la infección de Escherichia coli, Hepatitis A, o Norovirus.

He leído (o me han leído) y entiendo los requisitos pertenentes a mis responsabilidades bajo el Código de Indiana 410 IAC 7-24, y este acuerdo de cumplir con lo siguiente:

- Los requisitos de reporte listados en esta página pertenentes a síntomas, diagnósticos, y condiciones de alto riesgo ya especificadas.
- Restricciones de trabajo o exclusiones, que me puedan ser ordenadas: y
- Practicar buen higiene.

Entiendo que el incumplimiento de los términos en este acuerdo, podría resultar en que el establecimiento de comida tome acción contra mi, y/o la autoridad regulatoria de comida, lo cual podría poner en peligro mi empleo y hasta resultar en acción legal en mi contra.

Aplicante o Empleado del Area de Comida (letra molde) _____

Firma del Aplicante o Empleado del Area de Comida _____ Fecha _____

Firma del Representante Responsable de los Permisos _____ Fecha _____