



Summit County Public Health

1867 West Market Street ♦ Akron, Ohio 44313-6901
Phone: (330) 926-5600 ♦ Toll-free: 1 (877) 687-0002 ♦ Fax: (330) 923-6436
www.scphoh.org

Acuerdo de Política de Salud de los Empleados

Informe de síntomas y exposición de enfermedades

Estoy de acuerdo a informar al gerente cuando tengo los siguientes síntomas:

- Vomitos
- Diarrea
- Ictericia
- Dolor de garganta con fiebre
- Lesión o herida infectada (dependiendo de la cobertura)

ó el haber estado expuesto a cualquiera de las enfermedades enumeradas a continuación a través de:

- un brote de enfermedades reportables
- un miembro del hogar que tiene una enfermedad reportable
- un miembro del hogar que asiste o trabaja en un entorno con un brote de cualquiera de estas enfermedades

Reportando una enfermedad diagnosticada

Estoy de acuerdo en informar al gerente si me han diagnosticado con:

- Campylobacter
- Cryptosporidium
- Cyclospora
- Entamoeba histolytica
- Giardia
- Hepatitis A virus
- Norovirus
- Salmonella spp.
- Salmonella Typhi
- Shigella spp.
- Vibrio cholera
- Yersina
- Enterhemorrhagic or Shiga toxin-producing Escherichia coli

Nota: El gerente debe restringir/excluir activamente a los empleados con síntomas. Si un empleado ha sido diagnosticado por un médico con una de las enfermedades anteriores, entonces el gerente debe restringir/excluir activamente a los empleados y reportar al Licenciante (Departamento de Salud).

Regresando al Trabajo

Si usted es excluido del trabajo por exhibir síntomas y / o enfermedades enumeradas anteriormente, usted no será permitido a volver al trabajo hasta que los síntomas han terminado y / o se otorga la aprobación del Licenciante (Departamento de Salud).

Acuerdo

Entiendo que debo:

- Informar cuando tengo o he estado expuesto a cualquiera de los síntomas o enfermedades mencionados anteriormente;
- y
- Cumplir con las restricciones de trabajo (permitidos para venir a trabajar, pero los deberes pueden ser limitados) y / o exclusiones (no permitidos para venir a trabajar) que se me dan.

Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, puede poner al público en riesgo y puede resultar en la terminación de mi empleo.

Nombre y apellido del empleado _____

Firma (nombre y apellido) del empleado _____ Fecha _____

Nombre y apellido del gerente (Persona a cargo) _____

Firma (nombre y apellido) del gerente _____ Fecha _____

