



**DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
ENVIRONMENTAL HEALTH PROGRAM**  
155 North First Avenue, MS 5, Suite 170  
Hillsboro, OR 97124  
Telephone: (503) 846-8722 ♦ Fax: (503) 846-3705  
[www.washcofoodsafety.com](http://www.washcofoodsafety.com)



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

## Food Employee Illness Reporting Agreement

Preventing transmission of diseases from infected food employees through food, with an emphasis on illness due to Norovirus, *Salmonella typhi*, *Shigella* spp., *Escherichia coli* O157:H7 and Hepatitis A Virus

**The purpose of this agreement is to ensure that food employees notify the Person-in-Charge when they experience any of the conditions listed below. This will assist the Person-in-Charge to take appropriate steps to prevent the transmission of foodborne illness.**

**I AGREE TO REPORT THE FOLLOWING SYMPTOMS AND CONDITIONS TO THE PERSON-IN-CHARGE:**

### SYMPTOMS AND PUSTULAR LESIONS:

- ✓ Abdominal cramps      ✓ Prolonged loss of appetite (more than 3 days)
- ✓ Diarrhea                ✓ Jaundice (yellow skin or eyes)
- ✓ Fever                    ✓ Acute upper respiratory infection (cough or runny nose)
- ✓ Vomiting                ✓ Skin sores on the hand, wrist or an exposed body part (such as boils and infected wounds, however small)

\* Food employees with undiagnosed vomiting or diarrhea must be excluded from the food establishment for 24 hours.

### MEDICAL DIAGNOSIS:

Whenever diagnosed as being ill with norovirus, typhoid fever (*Salmonella typhi*), shigellosis (*Shigella* spp.), *Escherichia coli* O157:H7 infection (*E. coli* O157:H7) or hepatitis A (hepatitis A virus).

### HIGH RISK CONDITIONS:

1. Exposure to or suspicion of causing any confirmed outbreak of norovirus, typhoid fever, shigellosis, *E. coli* O157:H7 infection or hepatitis A.
2. A household member attending or working in a setting experiencing a confirmed outbreak of norovirus, typhoid fever, shigellosis, *E. coli* O157:H7 infection or hepatitis A.
3. A household member diagnosed with norovirus, typhoid fever, shigellosis, illness due to *E. coli* O157:H7 or hepatitis A.

I have read (or had explained to me) and understand the requirements concerning my responsibilities under state food service regulations and this agreement to comply with:

1. **Good hygiene practices — especially handwashing after using restroom facilities.**
2. Covering the nose and mouth with tissue when coughing or sneezing and then washing hands.
3. Reporting requirements specified above involving symptoms, diagnoses and high-risk conditions.
4. Work restrictions or exclusions that are imposed upon me.

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.

Food Employee Name (please print): \_\_\_\_\_

Signature of Food Employee: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Supervisor: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS**  
**PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL**  
 155 North First Avenue, MS 5, Suite 170  
 Hillsboro, OR 97124  
 Teléfono: (503) 846-8722 ♦ Fax: (503) 846-3705  
[www.washcofoodsafety.com](http://www.washcofoodsafety.com)



**Public Health**  
 Prevent. Promote. Protect.

## Acuerdo del Trabajador de Alimentos para Reportar Enfermedades

Prevención de la transmisión de enfermedades por intermedio de la comida manejada por empleados de alimentos, con énfasis en las enfermedades causadas por Norovirus, *Salmonella typhi*, *Shigella* spp., *Escherichia coli* O157:H7, y el virus de la Hepatitis A.

**El propósito de este acuerdo es asegurarse que los empleados de alimentos notifiquen a la persona encargada cuando se presente cualquiera de las condiciones mencionadas abajo. Esto ayudará a la persona encargada a tomar los pasos apropiados para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.**

### ACEPTO REPORTAR LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS Y CONDICIONES A LA PERSONA ENCARGADA:

#### SÍNTOMAS Y LESIONES PUSTULOSAS:

- ✓ Cólicos abdominales
- ✓ Pérdida de apetito prolongada (más de 3 días)
- ✓ Diarrea
- ✓ Ictericia (piel y ojos amarillos)
- ✓ Fiebre
- ✓ Infección respiratoria superior aguda (tos o secreción nasal)
- ✓ Vómito
- ✓ Llagas en la mano, muñeca, o en cualquier parte del cuerpo expuesta (como ampollas, cortes, o heridas infectadas, por pequeñas que puedan ser)

\* Los empleados de un establecimiento de comida con vómito o diarrea sin diagnosticar deberán ser excluidos del establecimiento por 24 horas.

#### DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Cuando sea diagnosticado enfermo de norovirus, fiebre tifoidea (*Samonella typhi*), shigelosis (*Shigella* spp.), *Escherichia coli* O157: H7 (*E. coli* O157: H7), o hepatitis A (el virus hepatitis A).

#### CONDICIONES DE ALTO RIESGO:

1. Exposición a/o sospecha de causar un brote confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157: H7, o hepatitis A.
2. Un miembro de la familia asistiendo o trabajando en un lugar, que tenga con un caso confirmado de norovirus, salmonella, shigelosis, *E. coli* O157: H7, o hepatitis A.
3. Un miembro de la familia que haya sido diagnosticado con norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, *E. coli* O157: H7, o hepatitis A.

He leído (o me han explicado) y entiendo los requisitos con respecto a mis responsabilidades de acuerdo con las regulaciones del estado para servicio de alimentos y este acuerdo de cumplir con lo siguiente:

1. Buena práctica de higiene, especialmente lavarse las manos después de usar el baño.
2. Cubrirse la nariz y la boca con papel higiénico al toser o al estornudar y después lavarse las manos.
3. Reportar condiciones especificadas arriba que estén relacionadas con síntomas, diagnosis y condiciones de alto riesgo.
4. Las restricciones o exclusiones de trabajo que me sean impuestas.

Entiendo que si no cumplo con los términos de este acuerdo, podría causar una acción de éste establecimiento de comida o de la autoridad de reglamentación de los alimentos que podría poner en peligro mi empleo y podría implicar acciones legales contra mí.

Nombre del Trabajador de Alimentos: (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador de Alimentos: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_