

Normas de Salud en el Trabajo

Informar al gerente sobre síntomas y la exposición a enfermedades

Estoy de acuerdo en informar al encargado si presento los siguientes síntomas:

OAC 3717-1

- Vómitos
- Diarrea
- La ictericia (coloración amarilla en la piel)
- Dolor de garganta con fiebre
- Lesión/ herida infectada (depende del vendaje)

COVID-19

Si presento uno o los dos síntomas:

- Tos
- Falta de aliento o dificultad respiratoria

O si presenta al menos dos de los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolores musculares
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Nueva pérdida de gusto u olfato

O cuando he sido expuesto a cualquiera de las siguientes enfermedades a través de:

- Un brote de una enfermedad que se debe informar a las autoridades sanitarias
- Un miembro del hogar infectado que tenga una enfermedad que se deba informar a las autoridades sanitarias
- Una persona que conviva en el mismo hogar expuesta a un brote de cualquier enfermedad contagiosa que se deba informar a las autoridades sanitarias

Enfermedades que se deben informar a las autoridades sanitarias:

- | | | |
|-------------------------|-------------------|---|
| • Campylobacter | • Norovirus | • Yersinia |
| • Cryptosporidium | • Salmonela SSP | • Escherichia coli (E.coli) enterohemorrágica o productora de toxina de Shiga |
| • Cyclospora | • Salmonela Typhi | |
| • Entamoeba Histolytica | • Shigella SPP | |
| • Giardia | • Vibrio Cholera | |
| • Hepatitis A | | |

Sepa: Se le exige al gerente (como mínimo) prohibir trabajar a empleados con síntomas. Si un empleado ha sido diagnosticado por un médico con una de las enfermedades citadas, el gerente debe restringir/excluir a estos empleados e informar a las autoridades sanitarias al departamento de salud local hasta que se le indique cuando regresar a su lugar de empleo.

Regresar al trabajo: Si está excluido del trabajo por presentar síntomas o alguna de las enfermedades citadas anteriormente, no se le permitirá regresar al trabajo hasta que los síntomas desaparezcan y/o el departamento de salud local haya dado la aprobación.

Acuerdo: Entiendo que debo informar a las autoridades sanitarias cuando tengo o he sido expuesto a cualquier síntoma o enfermedad mencionada anteriormente y cumplir las restricciones (actividades limitadas en el trabajo) y/o exclusiones que me imponen. Entiendo que, si no cumplo con este acuerdo, pongo al público en riesgo y puede acabar en despido de empleo.

Nombre del empleado: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____