

**Food Employee Reporting Agreement**  
**Preventing Transmission of Diseases through Food by Infected Food Employees**

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

**A. SYMPTOMS OF:**

diarrhea, vomiting, jaundice, sore throat with fever, and lesions containing pus on the hand, wrist, or an exposed body part (such as boils and infected wounds, however small.)

**B. MEDICAL DIAGNOSIS OF BEING ILL WITH:**

norovirus, shiga toxin-producing *E. coli*, *S. typhi* (typhoid fever), *Shigella* spp., non-typhoidal *Salmonella*, and Hepatitis A, as well as other diseases that may be transmitted through food per 105 CMR 300.000. Contact the Food Protection Program at 617-983-6712 or The Epidemiology Program at 617-983-6800 for additional information.

**C. PAST MEDICAL DIAGNOSIS OF DISEASES LISTED ABOVE:**

Have you ever been diagnosed as being ill with one of the diseases listed above? \_\_\_\_\_  
If you have, what was the date of the diagnosis? \_\_\_\_\_

**D. HIGH-RISK CONDITIONS:**

- Exposure to or suspicion of causing any confirmed outbreak of the diseases listed under Part B above.
- A household member has been diagnosed with diseases listed in Part B above.
- A household member attending or working in a setting experiencing a confirmed outbreak of one of the diseases listed in part B above.

I have read (or had explained to me) and understand the requirements concerning my responsibilities under 105 CMR 590/2013 Food Code and this agreement to comply with the reporting requirements specified above involving symptoms, diagnoses, and high-risk conditions specified. I also understand that should I experience one of the above symptoms or high-risk conditions, or should I be diagnosed with one of the above illnesses, I may be asked to change my job or to stop working altogether until such symptoms or illnesses have resolved.

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 or Conditional Food Employee Name (Please Print)** \_\_\_\_\_

**Signature of Above-named Individual** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Signature of Permit Holder or Representative** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

This is a model form created by MA Department of Public Health which is offered as a tool for industry to use to aid in compliance with 105 CMR 590.002(E) and the Federal Food Code 2-201.11. The use of this form is voluntary and is not required by state regulation. Revised: October, 2018

## 감염된 식품취급자에 의한 식품매개성 질병 전염을 예방하기 위한 식품취급자 보고 동의서

본 동의서의 목적은 식품취급자 및 조건부 피고용인들이 아래 증상이 있을 경우 담당자에게 이 사실을 알려 식품매개성 질병의 전염을 차단하기 위한 적절한 조치를 취할 수 있도록 하기 위함이다.

본인은 담당자에게 보고하는 데 동의합니다:

### 증상

설사, 열, 구토, 황달, 열을 동반한 인후통, 손, 손목, 또는 노출된 신체부위의 고름이 포함된 병변 (예: 종기 및 감염된 상처, 크기가 작더라도 보고 대상임)

### 의학적 진단

노로 바이러스, 시가 독소 생성 대장균, 살모넬라 타이피(장티푸스), 쉬겔라균, 비장티푸스성 살모넬라, A형 간염, 이외 105 CMR 300.000에 따라 식품을 통해 전염될 수 있는 기타 질병. 추가 정보는 식품 보호 프로그램 전화 617-983-6712로 연락하거나 역학 프로그램 전화 617-983-6800으로 연락할 것.

### 과거 의학적 진단

상기 원인에 의한 질병으로 진단받은 적이 있습니까? \_\_\_\_\_

그렇다면, 진단일자가 언제입니까? \_\_\_\_\_

### 위급 상황

- 위 의학적 진단에 열거된 질병에 노출되었거나 발병이 확실시될 경우
- 위 의학적 진단에 열거된 질병으로 진단될 경우
- 위 의학적 진단에 열거된 질병 중 하나의 발병이 확인된 환경에서 근무할 경우

본인은 105 CMR 590/1999 식품 규정에 의거한 본인의 직무 관련 요건과 본 동의서를 읽었거나 이에 대한 설명을 들어, 해당 증상, 진단, 위급 상황 등 상기 보고 요구사항을 준수해야 한다는 것을 알고 있습니다.

본인은 또한, 본인이 상기 증상이나 위급 상황을 경험하거나 상기 질병 가운데 하나로 진단될 경우, 그러한 증상이나 질병이 완전히 사라질 때까지 전직 또는 휴직을 권고받을 것임을 알고 있습니다.

본인은 본 동의서의 조항을 위반할 경우, 식품 당국 또는 식품 규제당국의 조치로 고용계약이 파기되고 본인을 상대로 소송이 제기될 수도 있음을 알고 있습니다.

식품취급자 또는 조건부 피고용인의 이름 (인쇄체로 표기할 것) \_\_\_\_\_

지원자 또는 식품취급자의 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

허가 보유자 또는 대표자의 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

본 문서의 번역은 FDA가 매사추세츠주 웰로즈시에 제공한 협력 지원금으로 진행되었습니다. 본 문서는 매사추세츠주 공중보건부가 작성한 모범 양식으로, 105 CMR 590.002(E) 및 식품 규정 2-201.11 준수를 위한 참고자료로 업계에 제공되었습니다. 반드시 본 양식을 사용할 필요는 없으며, 주 규정으로 본 양식의 사용이 의무화되지는 않았습니다. 개정일: 2018. 10

## **Thỏa Thuận Khai Báo của Nhân Viên Ẩm Thực**

### **Ngăn Ngừa Truyền Bệnh qua Thức Ăn do Nhân Viên Ẩm Thực Nhiễm Bệnh**

Mục đích của thỏa thuận này là để bảo đảm rằng Nhân Viên Ẩm Thực và Nhân viên làm việc có điều kiện phải thông báo cho Người Phụ trách biết khi thấy có các tình trạng nào được liệt kê sau đây để Người Phụ trách có những động thái phù hợp nhằm loại trừ trước việc truyền lan vi trùng bệnh trong thức ăn.

#### **TÔI ĐỒNG Ý KHAI BÁO CHO NGƯỜI PHỤ TRÁCH:**

##### **A. TRIỆU CHỨNG:**

Tiêu chảy, Nóng sốt, Ói mửa, Vàng da, Đau cổ với nóng sốt, Vết lở có mũ nơi tay, cườm tay, hoặc phần lộ ra ngoài của thân thể (như mụn mủ và vết thương lở loét, mạt dù nhỏ)

##### **B. CHẨN ĐOÁN Y TẾ VỚI KẾT QUẢ MẮC BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN:**

Norovirus (vi khuẩn gây viêm dạ dày và ruột cấp tính, làm nhiễm trùng đường tiêu hóa), Vi khuẩn sản sinh độc tố shiga, như E. coli, S. typhi (sốt thương hàn), Vi khuẩn Shigella spp (kiết lỵ), Salmonella (đau ban của không thương hàn) và Viêm gan A, cũng như các căn bệnh khác có thể truyền nhiễm qua thực phẩm theo yêu cầu về báo cáo, giám sát, cách ly và kiểm dịch theo tiêu chuẩn 105 CMR 300.000. Vui lòng liên lạc với Chương trình Bảo vệ Thực phẩm theo số 617-983-6712 hoặc Chương trình Dịch tễ học theo số 617-983-6800 để biết thêm thông tin.

##### **C. CHẨN ĐOÁN Y TẾ VỀ TRƯỚC**

Có bao giờ bạn bị chẩn đoán có một trong các chứng bệnh nói trên không? \_\_\_\_\_

Nếu có, cho biết ngày chẩn đoán đó? \_\_\_\_\_

##### **D. TÌNH TRẠNG NGUY HIỂM CAO**

- Tiếp xúc hoặc nghi ngờ gây ra bất kỳ sự bùng phát nào của các bệnh được liệt kê trong Phần B ở trên
- Một thành viên trong gia đình đã được chẩn đoán mắc các bệnh được liệt kê trong Phần B ở trên.
- Một thành viên trong gia đình tham dự hoặc làm việc trong môi trường có xác nhận ổ dịch của một trong những bệnh được liệt kê ở phần B ở trên.

Tôi có đọc (hoặc được nghe giải thích) và hiểu các đòi hỏi liên quan đến trách nhiệm của tôi thể theo Bộ Luật Thực Phẩm số 105 CMR 590/1999 và thỏa thuận này để tuân hành theo đòi hỏi khai báo nói trên liên quan đến triệu chứng, chẩn đoán, và tình trạng nguy hiểm cao được nói rõ. Tôi cũng hiểu là nếu tôi cảm thấy có một trong các triệu chứng hoặc tình trạng nguy hiểm cao nói trên, hoặc nếu tôi bị chẩn đoán có một trong các bệnh trên, tôi có thể được yêu cầu đổi công việc hoặc ngưng hẳn công việc cho đến khi các triệu chứng hay bệnh đó chấm dứt.

Tôi hiểu là nếu không tuân hành điều khoản của thỏa thuận này thì tôi có thể bị cơ sở thực phẩm hoặc thẩm quyền điều hợp thực phẩm đưa ra hành động phương hại cho việc làm của tôi và liên quan đến kiện tụng pháp lý đối với tôi.

Tên của Nhân Viên Ẩm Thực hoặc Nhân viên Ẩm thực có Điều kiện (xin viết chữ in) \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Xin Việc hay Nhân Viên Ẩm Thực \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Có Giấy Phép hoặc Đại Diện \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Bản dịch này được tài trợ bởi Quỹ Hợp tác của FDA cho Thành phố Melrose, MA.

Đây là một mẫu giấy do Ban Sức Khỏe Công Cộng MA soạn thảo ra cho kỹ nghệ sử dụng nhằm tuân hành đúng theo điều 105 CMR 590.002(E) và Bộ Luật Thực Phẩm 2-201.11. Việc sử dụng mẫu đơn này là tự nguyện và không bắt buộc theo quy định của tiểu bang. Sửa lần cuối: Tháng 10, 2018



# 食品业雇员报告协议

## 防止疾病通过染病的食品业雇员进行传播

本协议的目的在于，确保食品业雇员和附条件食品业雇员，在感染所列病症时向主管人员报告，以便主管人员可采取适当的措施防止食物传染病的传播。

### 我同意向主管人员报告：

#### A. 症状

腹泻、发烧、呕吐、黄疸、喉痛发烧，手、腕或身体裸露部位的伤口化脓（如疖和伤口感染，但感染面积不大）

#### B. 在被诊断为患有下列病症时向主管人员报告：

诺如病毒(Norovirus)、产志贺毒素大肠杆菌(Shiga Toxin-producing E. coli)、伤寒沙门菌 (S. typhi) (伤寒typhoid fever)、志贺氏菌属(Shigella spp.)、非伤寒沙门氏菌(Non-typhoidal Salmonella)、甲型肝炎(Hepatitis A)，以及其他可能通过食物传染的疾病(详见马萨诸塞州公共卫生部《食品法案》105 CMR 300.000条例)。详情请咨询：食品保护项目处：617-983-6712或流行病项目处：617-983-6800。

#### C. 以往医疗诊断

您是否曾被诊断为患有上述疾病之一？ \_\_\_\_\_

如有，诊断日期是何时？ \_\_\_\_\_

#### D. 高危症状（详见“医疗诊断”）

- 接触过或者是“B. 医疗诊断”所列流行病的疑似传染源
- 家庭成员被诊断为“B. 医疗诊断”所列病症的患者
- 家庭成员接触过或工作于“B. 医疗诊断”所列流行病爆发的环境

我已阅读（或已有人向我解释）并了解105 CMR 590/1999 Food Code（《食品法案》）所规定的与我的职位有关的要求，并了解本协议的目的在于确保遵守与罗列的病症、诊断和高危病症有关的上述报告要求。我也了解，如果我出现以上病症或高危症状，或者被诊断为患有以上病症之一，我可以请求更换我的工作或停止工作，直到有关症状或疾病痊愈。

我明白，如果不遵守本协议的规定，有可能会引起食品企业或食品管理机关制裁，进而可能会危及我的工作并有可能被起诉。

食品业雇员或附条件食品业雇员姓名（请采用楷书） \_\_\_\_\_

食品业雇员或附条件食品业雇员签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

许可证持有人或代表签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

此译文由美国食品药品监督管理局合作拨款项目FDA Cooperative Grant（马萨诸塞州梅尔罗斯市专款）资助。本标准表格由马萨诸塞州卫生厅 (MA Dept. of Public Health) 设计，其目的在于为行业提供一个工具，使 105 CMR 590.002(E) 和 Food Code 2-201.11 得到贯彻执行。本表格的使用采用自愿方式，州法规不强制要求使用。修订日期：2018年10月。

**Convenio sobre el Reporte de Trabajadores de Alimentos**  
**Prevención de la Transmisión de Enfermedades a través de Alimentos por parte de los**  
**Trabajadores Infectados que Manipulan Alimentos**

El propósito de este convenio es garantizar que los Trabajadores de Alimentos y los Trabajadores Condicionales notifiquen a la Persona a Cargo cuando ellos experimenten cualquiera de las condiciones indicadas, a fin de que la Persona a Cargo pueda tomar las medidas adecuadas para impedir la transmisión de enfermedades a través de los alimentos.

**YO ACEPTO A INFORMAR A LA PERSONA A CARGO SOBRE:**

**A. LOS SÍNTOMAS DE:**

diarrea; vómito; ictericia; dolor de garganta con fiebre; cortaduras o heridas con pus en manos, muñecas o una parte expuesta del cuerpo (como quemaduras por agua hirviendo y lesiones infectadas, aunque sean pequeñas).

**B. DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ESTAR ENFERMO CON:**

norovirus, Escherichia coli que produce la toxina Shiga, Salmonella Typhi (la fiebre tifoidea), *Shigella* spp (infección por *Shigella* spp.), *Salmonella* no tifoidea y Hepatitis A, así como otras enfermedades que pueden ser transmitidas por alimentos de acuerdo con la 105 CMR 300.000. Contacte al Programa de Protección de Alimentos al 617-983-6712 o al Programa de Epidemiología al 617-983-6800 para información adicional.

**C. DIAGNÓSTICO MÉDICO PREVIO DE ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS LISTADAS ANTERIORMENTE:**

¿Ha sido usted diagnosticado(a) con alguna de las enfermedades indicadas anteriormente? \_\_\_\_\_

De ser así, ¿cuál fue la fecha del diagnóstico? \_\_\_\_\_

**D. CONDICIONES DE ALTO RIESGO:**

- Exposición a o sospecha de causar cualquier brote confirmado de una enfermedad indicada anteriormente en la Parte B.
- Un miembro de la familia ha sido diagnosticado con alguna de las enfermedades indicadas anteriormente en la Parte B.
- Un miembro de la familia que asiste o trabaja en un entorno que presenta un brote de una enfermedad indicada anteriormente en la Parte B

He leído (o me han explicado) y comprendo los requisitos con respecto a mis deberes según el Código de Alimentos 105 CMR 590-2013 y este convenio para cumplir con los requerimientos de reporte especificados anteriormente en conexión con los síntomas, diagnósticos, y condiciones de alto riesgo especificadas. También comprendo que, si experimento uno de los síntomas o condiciones de alto riesgo, o de ser diagnosticado(a) con una de las enfermedades anteriores, podría tener que cambiar mi trabajo o dejar de trabajar completamente hasta que dichos síntomas o enfermedades sean resueltas.

Comprendo que no cumplir con los términos de este convenio puede conllevar a que el establecimiento de alimentos o la autoridad regulatoria de alimentos tome acción, lo cual puede poner en riesgo mi empleo y puede involucrar una acción legal en mi contra.

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

Firma del Individuo Nombrado Anteriormente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Titular del Permiso o Representante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Financiación para esta traducción fue proporcionada por la Beca Cooperativa FDA a la Ciudad de Melrose, MA. Este es un formato modelo creado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, el cual es ofrecido como una herramienta para que la industria lo use como una ayuda en cumplimiento con la 105 CMR 590.002(E) y el Código Federal de Alimentos 2-201.11. El uso de este formato es voluntario y no es requerido por la regulación estatal. Revisado: Octubre, 2018