

Plan para Prevenir COVID-19 en Negocios Reabriendo su Comedor

La intención de este documento es el asistir a dueños y supervisores a desarrollar e implementar un plan basado en riesgo para prevenir la transmisión de COVID-19 en negocios reabriendo su comedor como es requerido por el estado de California. El plan debe incluir los siguientes elementos:

Nombre de la persona encargada de aplicar este plan		
Nombre:	Apellido:	Teléfono:
1. Letreros		Verificado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Apéndice A	<input type="radio"/> Practique Buena Higiene	
<input type="radio"/> No entre si está enfermo	<input type="radio"/> Manténgase a 6-pies de otros	
<input type="radio"/> Se requiere uso de cubrebocas	<input type="radio"/> Capacidad	
2. Protección de la salud de los empleados		Verificado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
a) ¿Como va a entrenar y comunicarse con los empleados? Mantengo un registro de las personas entrenadas (nombre y fecha)		
b) Medias de control y monitoreo de los empleados		
➤ Describa como se va a evaluar a la persona monitoreando a los empleados y cómo van a proceder:		
➤ Describa como va a evaluar la salud de los empleados antes de empezar a trabajar:		
➤ Describa el proceso que seguirá si alguien se presenta con síntomas de COVID-19. Personas con síntomas de COVID-19 deben mandarse a su casa con instrucciones:		
➤ Describa como va a cumplir con el requisito de usar cubrebocas y verificar que se usen adecuadamente. El personal debe usar cubrebocas al llegar, antes de entrar y durante el trabajo:		
Requisitos mínimos en el cuestionario:		
a) Marque si tiene los siguientes síntomas:		
Fiebre y escalofríos <input type="checkbox"/> , tos <input type="checkbox"/> , falta de aire y dificultad para respirar <input type="checkbox"/> , fatiga <input type="checkbox"/> , dolor de músculos o el cuerpo <input type="checkbox"/> , dolor de cabeza <input type="checkbox"/> , nueva perdida de sabor y olfato <input type="checkbox"/> , dolor de garganta <input type="checkbox"/> , congestión y flujo de la nariz <input type="checkbox"/> , nausea y vomito <input type="checkbox"/> , diarrea <input type="checkbox"/> , etc.		
b) ¿Ha tenido contacto con alguien con síntomas de COVID- 19 o que ha sido confirmado con COVID-19?		
<input type="radio"/> Se recomienda tomar temperatura de los empleados diariamente. Asegure desinfectar el equipo ante y después de su uso.		
<input type="radio"/> Mantenga un registro de asistencia con los nombres de los trabajadores por turno y sus contactos cercanos. Note si alguien se fue a casa enfermo.		
3. Limpieza y desinfección		Verificado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
➤ Lista de áreas que necesitan desinfección frecuente:		
➤ Describa el proceso de desinfección y el desinfectante químico que usará:		
<input type="radio"/> Los químicos tienen un letrero si no están en su envase original		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Los químicos están almacenadas en este lugar seguro: _____		
<input type="radio"/> Describa el proceso para asegurar que siempre hay toallas de papel y jabón en los lavamanos:		
<input type="radio"/> ¿Hay guantes desechables para los empleados?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> ¿Los empleados que lavan platos tienen acceso a mandiles limpios/ desechables, protección para los ojos y cara (gafas/escudo)?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Limite el uso de objetos compartidos		Verificado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
➤ ¿Como va a manejar los de menús? Desechable, desinfectados entre uso, electrónicos, y/u otro		
➤ ¿Como va a manejar utensilio de comida? Servilletas, cuchillos, vasos, etc. ¿Servicio cunado es necesario?		
➤ ¿Como va a ofrecer condimentos en cada mesa?		
<input type="radio"/> ¿Se ofrece contenedores de comida para llevar para servicio por el cliente?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Si usa lino/ manteles, ¿se cambian por cada cliente?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

5. VentilaciónVerificado: Si No

- Todas las ventanas funcionan, tienen mosquiteros y permanecen abiertas para ventilación Si No
- Anote métodos de introducir aire del exterior (no use abanicos portátiles):

- ¿Como va a asegurar que todos practiquen buena higiene al toser o estornudar para prevenir gotas en el aire?

6. Organización del negocio y procedimiento para los clientesVerificado: Si No

- Capacidad de sillas: Adentro: _____ Afuera: _____
- Determine áreas de alto riesgo donde se pueden acumular personas y cruzar en su camino lístelos aquí:

- Describa como y donde van a esperar los clientes por sus órdenes para llevar:

- Describa el proceso para prevenir que la gente se acumule al esperar para sentarse:

- Describa como va a evaluar la salud de los clientes que van a comer en su negocio:

- ¿Qué tanto y como va a separar las mesas para permitir que pasen los clientes y el personal de servicio? (de prioridad de uso a las mesas afuera)

- Describa su plan para prevenir que los clientes crucen camino/ sentar a todo un grupo a la vez como es requerido:

- Describa su plan para abarcar sus horas pico y no exceder su capacidad:

- Describa el proceso para abarcar sus horas pico mientras esperan servicio. ¿Ha entrenado a la anfitriona y establecido apoyo para la persona si es necesario?

Ha eliminado lo siguiente o no están disponibles:

Si No

- Autoservicio de mentas, dulces, bocadillos, y palillos para dientes
- Autoservicio de bufete y barras de ensalada
- Autoservicio de utensilios, servilletas, popotes, garrafrones de agua y condimentos
- Entretenimiento compartido como juegos, mezas de billar, dardos, y juegos de arcada
- Preparación de comida en la mesa, carritos de selección de comida, y transportadoras

7. Barreras físicas y señalamientosVerificado: Si No **Determine áreas de alto riesgo donde personal suelen acumularse, cruzar camino, o requerir contacto cercano y lístelos aquí:**

Liste otras acciones para asistir en cumplir con el requisito de mantener una distancia social de 6-pies entre personas:

Liste áreas donde va a usar vidrio o plexiglás. La norma es mantener 6-pies de distancia. El vidrio o plexiglás debe usarse en adición o cuando es imposible cumplir con esta distancia y realizar una actividad:

8. Áreas de los empleadosVerificado: Si No

- Describa el proceso de desinfección y distancia social para áreas de descanso y otras áreas para los trabajadores:

9. Punto de contacto designado para COVID-19 (más de una persona puede ser necesaria para cubrir todos los turnos):

Nombre:

Apellido:

Teléfono:

- Describa su proceso para manejar y dar seguimiento a lo siguiente:
 - Individuos que se enferman durante su turno de trabajo y como serán aislados cuando se van:

 - Individuos con COVID-19:

 - Individuos en contacto cercano con casos de COVID-19:

 - El proceso de desinfección en el evento que alguien tiene COVID-19 (se recomienda el uso de una compañía de limpieza con buena reputación):

10. Notificación a la División de Salubridad y a la Unidad de Enfermedades Transmisibles

- Instrucciones para contactar a la División de Salubridad y a la Unidad de Enfermedades Transmisibles cuando se determina que una persona tiene COVID-19:

 1. Notifique a la División de Salubridad al: (831) 454-2022
 2. Notifique a la Unidad de Enfermedades Transmisibles al:(831) 454-4114

11. Otros métodos de control

- Describa como va a verificar que sus medidas de control funcionan, se siguen y cumplen con los requisitos de California:

- Describa como va a solicitar observaciones por los empleados y los clientes:

- Describa pasos para corregir problemas con su sistema (incluya educación y entrenamiento):

- Determine individuos de alto riesgo y asigne funciones basado en que son propensos a tener complicaciones: