La intención de este documento es el asistir a dueños y supervisores a desarrollar e implementar un plan basado en riego 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:

**Plan para Prevenir COVID-19 en Negocios Reabriendo su Comedor**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la persona encargada de aplicar este plan** | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | **Apellido:** | | | **Teléfono:** | | | |
| **1. Letreros** | | |  | | Verificado: Si 🞎 No 🞎 | | | |
| * Apéndice A * No entre si está enfermo * Se requiere uso de cubrebocas | | | * Practique Buena Higiene * Manténgase a 6-pies de otros * Capacidad | | | | | |
| **2. Protección de la salud de los empleados** | | | | | Verificado: Si 🞎 No 🞎 | | | |
| 1. **¿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:   1. Marque si tiene los siguientes síntomas:   Fiebre y escalofríos 🞎, tos 🞎, falta de aire y dificultad para respirar 🞎, fatiga 🞎, dolor de músculos o el cuerpo 🞎, dolor de cabeza 🞎, nueva perdida de sabor y olfato 🞎, dolor de garganta 🞎, congestión y flujo de la nariz 🞎, nausea y vomito 🞎, diarrea 🞎, etc.   1. ¿Ha tenido contacto con alguien con síntomas de COVID- 19 o que ha sido confirmado con COVID-19?  * Se recomienda tomar temperatura de los empleados diariamente. Asegure desinfectar el equipo ante y después de su uso. * 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 🞎 No 🞎 | | | | |
| * Lista de áreas que necesitan desinfección frecuente: * Describa el proceso de desinfección y el desinfectante químico que usará: | | | | | | | | |
| * Los químicos tienen un letrero si no están en su envase original   Los químicos están almacenadas en este lugar seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Describa el proceso para asegurar que siempre hay toallas de papel y jabón en los lavamanos: * ¿Hay guantes desechables para los empleados? * ¿Los empleados que lavan platos tienen acceso a mandiles limpios/ desechables, protección para los ojos y cara (gafas/escudo)? | | | | | | | | Si 🞎 No 🞎  Si 🞎 No 🞎  Si 🞎 No 🞎 |
| **4. Limite el uso de objetos compartidos** | | | | | | | Verificado: Si🞎 No 🞎 | |
| * ¿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? | | | | | | | | |
| * ¿Se ofrece contenedores de comida para llevar para servicio por el cliente? * Si usa lino/ manteles, ¿se cambian por cada cliente? | | | | | | | Si 🞎 No 🞎  Si 🞎 No 🞎 | |
| **5. Ventilación** | | | | | | | Verificado: Si 🞎 No 🞎 | |
| * Todas las ventanas funcionan, tienen mosquiteros y permanecen abiertas para ventilación * 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? | | | | | | | Si 🞎 No 🞎 | |
| **6. Organización del negocio y procedimiento para los clientes** | | | | Verificado: 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:   * Autoservicio de mentas, dulces, bocadillos, y palillos para dientes * Autoservicio de bufete y barras de ensalada * Autoservicio de utensilios, servilletas, popotes, garrafones 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 | | | | | | | Si 🞎 No 🞎 | |
| **7. Barreras físicas y señalamientos** | | | | | | | Verificado: 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 empleados** | | | | | | Verificado: 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: | | | | | | | | |