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) 454-20222. 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:
 |