



CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE INFORMACIÓN

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE GOLPES DE CALOR

El golpe de calor es una condición médica grave que resulta de la incapacidad del cuerpo de tolerar una determinada carga de calor. El presente formulario de confirmación provee información sobre el reconocimiento de los síntomas de los golpes de calor, qué hacer si esos síntomas se presentan y su responsabilidad como empleado. Usted debe leer y cumplir con las políticas mencionadas en el presente formulario y en su *Manual para Empleados del Personal de Tránsito de la Escuela*.

Síntomas de los golpes de calor

Agotamiento debido al calor

- Cefalea, mareos
- Sudor intenso, piel fría/húmeda
- Mareos o desmayos, calambres
- Respiración rápida y superficial
- Pulso rápido y débil

Insolación

- Piel caliente/seca
- Confusión o inconsciencia
- Pulso rápido y fuerte
- Cefalea punzante
- Náuseas, vómitos o ambos

Cómo prevenir los golpes de calor

- ¡Tome mucha agua! ACMS le ha enviado una botella de agua personal de 32 onzas y usted debe traer un suministro de agua adecuado a su espacio de trabajo. Debe mantener el agua siempre en un lugar accesible (para evitar tener que abandonar su puesto) durante los turnos cuando la temperatura se espera que sea mayor a 65 grados Fahrenheit.
- Utilice protector solar; siempre tenga puesto el protector para la cabeza que le envió ACMS; y vista prendas de colores claros los días calurosos.
- Entre los turnos, descanse en un área donde no esté expuesto al sol.

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL PARA EMPLEADOS

Por medio del presente, confirmo que he recibido una copia del “Manual para Empleados del Personal de Tránsito de la Escuela” de la Empresa (fecha de revisión: 8/14). Comprendo que el manual estipula los términos y condiciones de mi empleo y también las tareas, responsabilidades y obligaciones que mantengo con la Empresa.

Por medio del presente, acuerdo **leer y cumplir** con todas las políticas de este Manual, incluso con todos los requisitos para elevar reclamos e informes. Si no comprendo alguna parte de las políticas de este Manual, entiendo que debo dirigir mis consultas a mi supervisor. Si mis consultas siguen sin ser respondidas, debo contactar al Director de Operaciones y/o al Gerente o Funcionario de la Empresa por escrito.

CAPACITACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES Y ENFERMEDADES

La capacitación en el Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades para el Personal de Tránsito de la Escuela de All City Management Services fue presentado hoy. Mi firma que aparece a continuación confirma que he recibido esta capacitación.

Por medio del presente, acuerdo cumplir con las políticas y procedimientos mencionados anteriormente. Si no comprendo alguna de las políticas mencionadas en el presente Formulario de confirmación o en el *Manual para Empleados del Personal de Tránsito de la Escuela*, entiendo que debo dirigir mis consultas a mi Supervisor. Si mis consultas siguen sin ser respondidas, debo contactar al Director de Operaciones y/o a cualquier Gerente o Funcionario de la Empresa por escrito.

También entiendo que si no cumplo con alguna de las políticas y procedimientos mencionados anteriormente, se puede aplicar una sanción disciplinaria que podría incluir hasta el fin de mi empleo.

Nombre en MAYÚSCULAS

Firma del empleado

Ciudad en la que trabaja

Fecha