

Instrucciones para el departamento/o la institución: Para la condición médica del empleado, complete la siguiente forma. Usted puede atar las funciones de trabajo o el PDQ. Por favor complete esta porción antes de entregarse la al empleado. Esta forma debe ser colocada en un archivo médico separado, confidencial y con el acceso limitado.

Según la ley de GINA y con la "d eclaración de salvaguardia" "safe harbor" de la provi sión 29 CFR § 1635.8 (b) (1) (i), el siguien e texto debe ser incluido con cualquier solicitud de información o exá menes medicos relacionada con el em pleo (por ejem plo, FMLA para los empleados, el ADA, exámenes físicos de salud para regresar al trabajo, exámenes de Compensación de los Trabajadores, examen de oferta/pre-empleo, etc.) para la condición propia del individuo.

Puesto de trabajo del empleado:	Horario de trabajo regular:
Funciones esenciales del trabajo:	Comprueba que se ata la lista de los deberes del trabajo: _____

Instrucciones al empleado: Complete su nombre y su numero de identificación antes de darle esta forma a su proveedor medico. Si este documento es devuelto incompleto, o contiene respuestas vagas/ambiguas, se le será devuelto a usted para que haga las correcciones. Si no proporciona un certificado completo y suficiente dentro de los 15 días puede dar lugar a la negación de la lic encia enferma y el posible retardo o a la negación de cualquier lic encia médica aplicable. El d ar información falsa, con co nocimiento, directo o a través de otra persona, puede dar lugar a l a acción correctiva y/o disciplinaria.

Nombre del empleado:	Identificación del Empleado:
----------------------	------------------------------

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Instrucciones para el proveedor médico: Por favor limite sus respuestas respondiendo solamente a las condiciones para las cuales el empleado está buscando licencia. Para evitar las consecuencias adversas del potencial para el empleado, por favor contestar completamente y totalmente, todas las preguntas que son aplicables. Muchas de las preguntas buscan una respuesta en cuanto a la frecuencia o la duración de la condición, o el tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su mejor estimación y basada sobre su conocimiento, experiencia, y la examinación médica del paciente. Usted puede ser muy específico; los términos tales como “por el curso de vida”, “desconocido”, o indeterminado” no puede ser suficiente información para determinar si habrá cobertura bajo el FMLA. Asegurese de firmar la última página y de volver este documento al empleado.

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA de solicitar o requerir la información genética de un individuo o miembro de la familia de la persona, con la excepción expresamente permitida por esta ley. Para cumplir con esta ley, estamos pidiendo que no se proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. "La información genética," según la definición de GINA, incluye la historia médica de la familia de un individuo, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o un miembro de la familia, el hecho de que un individuo o un miembro de la familia del individuo solicitó o recibió servicios genéticos, o la información genética de un feto de un individuo o un miembro de la familia del individuo o un embrión legalmente en poder del individuo o un miembro de la familia que reciben servicios de asistencia de salud reproductiva.

Nombre y dirección del doctor y la clínica:	Tipo de práctica o especialidad médica:
Teléfono:	Fax:

Las Definiciones de la Forma de Certificación Médica

La “**condición seria de salud**” es una enfermedad, lesión/herida, una debilitación/deterioro, o una condición física o mental que incluye uno de los siguientes:

1. Cuidado de hospitalización.
Cuidado de hospitalización (es como decir, una estancia de noche) en un hospital, un hospicio, o una facilidad residencial de la asistencia médica, incluyendo cualquier período de incapacidad o de cualquier tratamiento subsecuente y relacionado con el cuidado de la hospitalización.
2. Incapacidad y tratamiento.
Un período de incapacidad de **más de tres días consecutivos** (incluyendo cualquier tratamiento subsecuente o cualquier período de incapacidad referente a la misma condición) que también implicara:
 - (1) **Tratamiento de dos o más veces en el plazo de los 30 días desde el primer día de incapacidad**, a menos que antes circunstancias existan, por un doctor médico, por una enfermera bajo la supervisión directa de un doctor médico, o por un abastecedor de los servicios del cuidado médico (e.g., terapeuta físico) bajo la orden de, o referido por, un proveedor de asistencia médica;
 - O
 - (2) **Tratamiento** por un proveedor de asistencia médica **por lo menos en una ocasión** que da lugar a un **regimen o continuación del tratamiento** bajo la supervisión de un proveedor de asistencia médica.

El tratamiento por un proveedor de asistencia médica significa que había tenido una **visita en persona con el proveedor médico**. La primera o la única visita del tratamiento en-persona **debe haber ocurrido en un plazo de 7 días desde el primer día de incapacidad**.

3. Embarazo
Cualquier período de incapacidad debido al **embarazo**, incluyendo el **cuidado prenatal**.

4. Condiciones crónicas que requieren tratamientos. **Una condición crónica** por la cual:
- (1) Se requieren **visitas periódicas (por lo menos dos veces al año)** para el tratamiento médico por un doctor, o por el tratamiento médico por una enfermera bajo la supervisión directa del doctor; **Y**
 - (2) Continuara durante un **período de tiempo muy largo** (con episodios que se repiten y que son causados por una sola condición); **Y**
 - (3) Que puede ocurrir **episódicamente** en vez de un período de incapacidad continua (e.g., asma, diabetes, epilepsia).

5. Condiciones de enfermedad permanentes de largo plazo que requieren la supervisión.

Un período de **incapacidad** que es **permanente o de largo plazo** debido a una condición médica por la cual el tratamiento no puede ser eficaz. Por el cual el paciente debe estar **bajo supervisión médica continuamente, pero no necesita recibir tratamiento médico** (e.g., Alzheimer, apoplejía, la etapa terminal de una enfermedad).

6. Tratamientos múltiples (con condiciones médicas que no son Crónicas).

Cualquier período de ausencia para recibir **múltiples tratamientos** (incluyendo el período de recuperación) por un proveedor de asistencia médica o por un abastecedor de los servicios del cuidado médico bajo las órdenes del doctor, o referido por un proveedor de asistencia médica, para la **cirugía restaurativa** después de un accidente o por otra lesión, o para una condición que **probablemente durara en la ausencia por un período de incapacidad de más de tres días consecutivos debido a la intervención o por el tratamiento médico**, tal como el cáncer (quimioterapia, radiación), artritis severa (terapia física), enfermedad de los riñones (diálisis).

“Tratamiento” incluye exámenes para determinar si existe una condición de salud seria y la evaluación de la condición. Esto no incluye exámenes rutinarios.

“Régimen de continuación tratamiento” incluye, por ejemplo, un curso de medicamento recetado (e.g., antibióticos) o la terapia que requiere el equipo médico especial para resolver o aliviar la condición de salud. El régimen del tratamiento no incluye tomar las medicaciones legales tales como aspirina, antihistamínicos, o el alivio; o resto de cama, la consumición de líquidos, ejercicio, y otras actividades similares que se pueden iniciar sin tener que visitar al proveedor de asistencia médica.

“Incapacidad” se define como la inhabilidad de ir al trabajo, de atender la escuela o de hacer otras actividades diarias debido a la seria condición de salud, o la recuperación después del tratamiento.

Condición Seria de Salud

1. La hoja adjunta describe “la condición seria de salud” bajo el Act de Family Medical Leave. Es la condición del paciente una de estas categorías? Por favor verifique la categoría.

(1)___ (2)___ (3)___ (4)___ (5)___ (6)___, o ninguna.

2. Describa los hechos médicos específicos relacionados con la condición por la cual el empleado esta buscando licencia médica (tales hechos médicos pueden incluir síntomas, diagnosis, o cualquier regimiento de continuación para tratamiento tal como el uso del equipo especializado):

Información adicional Hechos medicos (debe ser completado)

- 1. La fecha aproximada en que la condición comenzó: _____
- 2. Duración probable de la condición médica: _____

Marque lo que es aplicable:

1. Fue el paciente admitido para una estancia de noche en un hospital, un hospicio, o una facilidad residencial para la asistencia médica?

No ___ Sí ___ Si tan, fechas of admission: _____

Fechas cuando usted trató al paciente por la condición: _____

El paciente necesitará visitas medicas para tratamiento por lo menos dos veces al año debido a la condición? No ___

Sí ___

Fue prescrita alguna medicación, con la excepción de medicaciones sin receta médica? No ___ Sí ___

Fue el paciente mandado a otro doctor para recibir una evaluación o un tratamiento (e.g. terapeuta físico)? No ____ Sí ____ . Si es así, indicar la naturaleza de tales tratamientos y la duración prevista del tratamiento:

2. Es la condición médica un embarazo? No ____ Sí ____ . Si es así, cual es fecha probable de parto: _____

3. Referirse a la lista de las funciones esenciales proporcionadas adjunto por el supervisor. Si no tiene la lista de funciones esenciales, base sus respuestas por la descripción del empleado sobre sus funciones de trabajo.

Es el empleado incapaz de hacer alguna de las funciones de su trabajo debido a la condición? No ____ Sí ____ Si es así, identifique las funciones de trabajo que el empleado no puede desempeñar:

Cual es la cantidad de tiempo de licencia necesaria

4. Será el empleado incapacitado por un periodo de tiempo continuo, debido a su enfermedad, incluyendo cualquier momento para el tratamiento y la recuperación? No ____ Sí ____ Si es así, darnos una fecha estimada para el principio y las fechas en que se acabará el período de incapacidad:

5. El empleado necesitara citas de atención médica de seguimiento o para el tratamiento o necesitara trabajar por menos horas o en un horario reducido debido a la condición médica del empleado? No ____ Sí ____

Si es así, son los tratamientos o el número reducido de horas de trabajo médicamente necesarias? No ____ Sí ____

Darnos un horario aproximado para el tratamiento medico, y si el tratamiento es necesario, incluyendo las fechas de cualquier cita programada y el tiempo requerido para cada cita, incluyendo cualquier período de la recuperación:

Calcule las horas de trabajo reducido que el empleado necesitará, eventualmente:

_____ horas por día _____ días por semana, empezando _____ terminando _____

6. La condición médica causara episodios de brote que le impedira periódicamente a el empleado hacer sus funciones de trabajo? No ____ Sí ____.

Es médicamente necesario que el empleado este ausente del trabajo durante los episodios de brote? No ____ Sí ____

Si es así, por favor explique _____

Basado sobre el historial médico y por su conocimiento de la condición del paciente, estime la frecuencia de los episodios de brote y la duración de la incapacidad que el paciente puede tener durante los próximos 6 meses (e.g., 1 episodio cada 3 meses que durara mas de 2 días):

Frecuencia: ____ veces por semana o ____ veces por mes Duración: ____ horas o ____ días por episodio

Información adicional (identifique el número de la pregunta con su respuesta adicional)

Firma del Proveedor Medico _____ **Fecha** _____

Escriba su nombre : _____

Devuelva este documento al empleado cuando sea completado.