



Certificación de proveedor de atención médica
para una enfermedad grave del empleado

1 Información del empleado

Form fields for employee information: Nombre, IM, Apellido, Número de reclamación, Número del Seguro Social, Fecha de nacimiento, Teléfono del empleado, Número de teléfono móvil, Nombre del empleador, Número de control.

Con mi firma al pie, doy permiso a mi proveedor de atención médica a aclarar información respecto de mi enfermedad grave para poder ausentarme del trabajo, tal como se describe en este documento.

X

Firma del empleado (explique la relación, si firma una persona que no es el paciente).

Fecha de la firma (MM DD AAAA)

2 Instrucciones para el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Todos los datos médicos deben ser proporcionados por un proveedor de atención médica. Los documentos deben estar en inglés o acompañados de una traducción de los datos médicos.

Su paciente solicitó una licencia. Responda todo y con detalles a todas las partes que correspondan a continuación. Varias preguntas buscan una respuesta en relación con la frecuencia y duración de la condición, los tratamientos, etc.

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la condición médica de su paciente?

Lesión Enfermedad Embarazo

¿Cuál es la fecha aproximada en que comenzó la condición? (MM DD AAAA)

¿Cuánto se espera que dure la condición? (MM DD AAAA)

Primer visita (MM DD AAAA) Última visita (MM DD AAAA) Próxima visita (MM DD AAAA)

¿Hay otros proveedores de atención médica involucrados en la atención de su paciente o ha sido derivado a otros proveedores de atención médica para evaluación y/o tratamiento? Sí No

Nombre del proveedor Apellido del proveedor

Especialidad del proveedor (por ej., médico generalista, oncólogo, obstetra)

Número de teléfono del consultorio Número de fax del consultorio

Dirección del consultorio Suite

Ciudad Estado Código postal

Continúa en la página 2





Nombre	IM	Apellido	Número de reclamación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Instrucciones para el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (cont.)

Indique cuál de los siguientes corresponde a la condición de su paciente (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Embarazo Incapacidad debido al embarazo o al cuidado prenatal Fecha probable de parto (MM DD AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de parto real (MM DD AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Atención intrahospitalaria Permanencia durante la noche en el hospital, hospicio o centro de atención médica residencial Fecha de admisión: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha en que fue dado la alta (MM DD AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Incapacidad por más de 3 días calendario consecutivos completos y cualquier tratamiento subsiguiente o período de incapacidad relacionado con la misma condición (marque todas las que correspondan). Incapacidad durante más de 3 días y: <input type="checkbox"/> 2 visitas a un proveedor de atención médica dentro de los 30 días después del primer día de la incapacidad o <input type="checkbox"/> 1 visita al proveedor de atención médica y un régimen de tratamiento (por ej., derivación a un especialista, medicamentos recetados, terapia, etc.)
<input type="checkbox"/>	Enfermedad grave crónica (se deben cumplir todos los siguientes puntos) Cualquier período de incapacidad o tratamiento para tal incapacidad, causada por una enfermedad grave crónica, que: • Requiere al menos 2 visitas al consultorio por año • Continúa por un período de tiempo prolongado • Puede causar incapacidad episódica
<input type="checkbox"/>	Condiciones permanentes/a largo plazo. Un período de incapacidad que es permanente o a largo plazo debido a una condición para la que es posible que el tratamiento no sea efectivo. Debe estar bajo supervisión de un proveedor de atención médica, pero no requiere tratamiento activo.
<input type="checkbox"/>	Condiciones que requieren tratamientos múltiples • Cirugía restauradora después de un accidente o lesión o • Una condición que es probable que resultara en un período de incapacidad de más de 3 días calendario consecutivos en ausencia de la intervención médica.
<input type="checkbox"/>	Otro (describa la condición a continuación)

Detalles de restricción laboral:

¿Le proporcionaron una descripción del trabajo de su paciente o conversó sobre las funciones esenciales de su trabajo? Sí No

¿Su paciente está imposibilitado de realizar una o más de las funciones esenciales de su trabajo? Sí No

De ser así, identifique las funciones de trabajo que el empleado no puede realizar:

Continúa en la página 3





Form fields for Name, IM, Last Name, and Claim Number.

3 Detalles de la ausencia del trabajo

Enumere solo fechas/horarios en que su paciente no podrá desempeñar las funciones esenciales de su trabajo por su enfermedad grave. El historial médico del paciente y sus conocimientos sobre esta condición deben usarse para proporcionar una estimación de la licencia necesaria.

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el patrón de ausencia? (marque el patrón de ausencia adecuado y complete las fechas subsiguientes para las cuales certifica)

Form field for 'Período único de ausencia continua' with date selection boxes.

Tratamiento de seguimiento

¿El empleado necesitará concurrir a citas de tratamiento de seguimiento o trabajar a tiempo parcial o con horario reducido debido a su condición médica? Sí No

Si es así, ¿los tratamiento o el horario de trabajo reducido son necesarios desde el punto de vista médico? Sí No

Cronograma de tratamiento estimado, incluidas las fechas de todas las citas programadas y el tiempo necesario para cada cita, incluidos los períodos de recuperación.

Calcule el cronograma de trabajo a tiempo parcial o con horario reducido que necesita el empleado, si es que lo necesita:

Date selection boxes for start and end dates of the work schedule.

Horas por semana _____ Días por semana _____

Ausencia intermitente

DETALLES DE LA AUSENCIA INTERMITENTE: ¿Por cuánto tiempo aproximadamente, su paciente necesitará "tiempo fuera del trabajo" de forma intermitente? Debe proporcionarse una estimación.

Date selection boxes for start and end dates of intermittent absence.

¿La condición causará brotes episódicos en forma periódica impidiendo al paciente participar en actividades laborales normales? Sí No

- Basándose en el historial médico del paciente y en sus conocimientos de la enfermedad, estime la frecuencia de los brotes y la duración de la incapacidad relacionada a estos que el paciente pueda tener en los próximos 6 meses (por ej., 1 episodio al mes que dure 1-2 días):

FRECUENCIA: ___ # veces por ___ semana o ___ al mes o ___ al año (MARQUE SOLO 1)

DURACIÓN: ___ Horas o ___ Días completos por episodio

Ejemplo:

FRECUENCIA: 1 # veces por ___ semana o [X] al mes o ___ al año (MARQUE SOLO 1)

DURACIÓN: 1-2 Horas o [X] Días completos por episodio

RECORDATORIO: Incluya el tiempo necesario de traslado. Formularios marcados como "Vitalicio", "Desconocido" o "Como sea necesario" serán devueltos como insuficientes.

Continúa en la página 4





Form fields for Name, IM, Last Name, and Claim Number.

4 PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Form fields for Provider Name, Last Name, and Specialty.

Nota: La siguiente información no requiere certificar la ausencia bajo la ley federal FMLA, pero puede requerir certificar la ausencia bajo las leyes sobre licencias específicas del estado.

Form fields for License Number/NPI and State/Country.

Form fields for Office Phone and Office Fax Number.

Form fields for Office Address and Suite.

Form fields for City, State, and Zip Code.

Por favor, lea.

Descargo GINA: La Ley sobre no discriminación por información genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2008 prohíbe que los empleadores y otras entidades incluídas en el Título II de GINA soliciten información genética de una persona o miembro de su familia, excepto cuando esta ley lo permite específicamente.

Aviso sobre fraude: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley del estado.

He leído y entiendo todos los términos y condiciones de los descargos y notificaciones anteriores y también certifico que todas las declaraciones realizadas en este formulario son ciertas.

Signature line with 'X' and date field (MM DD AAAA).

Proveedor de atención médica tratante

