



Certificación de proveedor de atención médica para una enfermedad grave de un miembro de la familia

1 Información del empleado/cuidador

Nombre	IM	Apellido	Número de reclamación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM DD AAAA)	Teléfono del empleado	Número de teléfono móvil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del empleador			Número de control (obligatorio)
<input type="text"/>			<input type="text"/>

Con mi firma al pie, testifico que la información contenida en este documento está destinada a apoyar mi necesidad de ausentarme del trabajo para proporcionar cuidado al miembro de mi familia, tal como está descrito por el proveedor de atención médica.

X _____
Firma del empleado

Fecha de la firma (MM DD AAAA)

2 Información del paciente/miembro de la familia

Primer nombre del paciente	IM	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (MM DD AAAA)		
<input type="text"/>		

Relación con el empleado: Marque solo UNO.

Pareja	Hijo/a	Padre/Madre	Otro
<input type="checkbox"/> Cónyuge marital*	<input type="checkbox"/> Menor (menor de 18 años)	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Describa la relación en la siguiente línea.
<input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Adulto — NO incapacitado	<input type="checkbox"/> Suegro/a	
<input type="checkbox"/> Pareja de unión civil	<input type="checkbox"/> Adulto - con incapacidad.	<input type="checkbox"/> Otro: (Describa los hechos relevantes).	
<input type="checkbox"/> Otro: (Describa los hechos relevantes).	<input type="checkbox"/> Otro: (Describa los hechos relevantes).		

* "Cónyuge" es una persona con la que esta casado legalmente.

****Hijo adulto con incapacidad:** Persona de 18 años o más que es incapaz de cuidarse a sí misma debido a una incapacidad mental o física que limita de manera sustancial 3 o mas actividades de la vida diaria (AVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).





Nombre

IM

Apellido

Número de reclamación

3 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. Adjunte declaraciones escritas a este formulario, si necesita más espacio. Se requiere su firma en la última página de este formulario.

El empleado mencionado anteriormente solicitó una licencia para cuidar de su paciente. Responda todo y con detalles a todas las partes que correspondan a continuación. Varias preguntas buscan una respuesta en relación con la frecuencia o duración de la condición o el tratamiento. Su respuesta debe ser su mejor estimación, basándose en sus conocimientos, experiencia y examen médico del paciente. Limite sus respuestas a la condición por la que el empleado está solicitando ausentarse del trabajo. Sea lo más específico que pueda; términos como "Vitalicio", "Desconocido" o "Como sea necesario" serán devueltos como insuficientes.

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

Lesión Enfermedad Embarazo Otro

En el espacio que sigue, describa los datos médicos relevantes, si los hay, relacionados con la condición del paciente por la que el empleado solicita licencia del trabajo (tal como complicaciones con el embarazo o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipos especializados).

¿Cuál es la fecha aproximada en que comenzó la condición?

(MM DD AAAA)

¿Cuánto se espera que dure la condición?

(MM DD AAAA)

Fechas en que trató al paciente por esta condición:

Primera 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 (p. 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 3.





Nombre

Grid for name input

IM

Input box for IM

Apellido

Grid for last name input

Número de reclamación

Grid for claim number input

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

A causa de la enfermedad grave del paciente, necesita ayuda con: (marque todas las que correspondan):

- Asistencia ambulatoria, Cocinar, Comer, Manejo de la medicación, Comprar, Usar una oficina de correos, Otro (explique)
Bañarse, Coordinar la atención médica, Aseo o higiene, Pagar facturas, Ir al baño, Usar teléfonos o guías telefónicas
Limpiar, Vestirse, Mantener una residencia, Apoyo psicológico o emocional, Transporte, Cuidado de heridas

4 Detalles de la ausencia del trabajo del miembro de la familia:

Basándose en la necesidad médica de su paciente, indique el patrón de ausencias más adecuado para su cuidador. El historial médico del paciente y sus conocimientos sobre esta condición deben usarse para proporcionar una estimación de la licencia necesaria. Si desconoce la fecha de finalización, proporcione la fecha de la próxima visita al consultorio para una reevaluación. Formularios marcados como "Desconocido" o "Como sea necesario" serán devueltos como insuficientes.

Período único de ausencia continua

Fecha de inicio (MM DD AAAA) grid

Fecha de finalización (MM DD AAAA) grid

Tratamiento de seguimiento

1. ¿Necesitará el paciente tratamientos de seguimiento, lo que incluye tiempo para su recuperación? Sí No

Si la respuesta es sí, cronograma de tratamiento estimado, incluidas las fechas de todas las citas programadas y el tiempo necesario para cada cita, incluidos los períodos de recuperación.

Explique el cuidado que necesita el paciente y por qué dicho cuidado es necesario desde el punto de vista médico.

2. ¿Necesitará el paciente cuidado en forma intermitente o con un cronograma reducido, incluido tiempo de recuperación? Sí No

Calcule las horas que el paciente necesita cuidado en forma intermitente, si lo necesita:

Fecha de inicio (MM DD AAAA) grid

Fecha de finalización (MM DD AAAA) grid

Horas por día

Días por semana

Continúa en la página 5.





Nombre

IM

Apellido

Número de reclamación

4 Detalles de la ausencia del trabajo del miembro de la familia: (cont.)

Ausencia intermitente

DETALLES DE LA AUSENCIA INTERMITENTE: Al responder estas preguntas, tenga presente que la necesidad de cuidado de su paciente por parte del empleado que solicita la licencia puede incluir asistencia con necesidades médicas básicas, higiene, nutrición, seguridad y transporte o la provisión de cuidado físico o psicológico. Proporcione una estimación de la frecuencia y la duración de la incapacidad relacionada o las citas programadas que el paciente pueda tener.

Fecha de inicio (MM DD AAAA) Fecha de finalización (MM DD AAAA)

¿La condición causará brotes episódicos en forma periódica impidiendo al paciente participar en actividades diarias normales? Sí No
Si es así, proporcione la siguiente información.

- 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 con estos que el paciente pueda tener en los próximos 6 meses (p. ej., 1 episodio al mes que dure 1-2 días):

FRECUENCIA: ___ # veces por semana o ___ al mes o ___ al año (MARQUE SOLO 1)
(Durante cuánto tiempo/duración - DEBE SER UN NÚMERO)

Ejemplo:

FRECUENCIA: 1 # veces por semana o al mes o al año (MARQUE SOLO 1)
(Durante cuánto tiempo/duración - DEBE SER UN NÚMERO)

DURACIÓN: ___ # Horas o ___ Días completos por episodio
(Durante cuánto tiempo/duración - DEBE SER UN NÚMERO)

DURACIÓN: 1-2 # Horas o Días completos por episodio
(Durante cuánto tiempo/duración - DEBE SER UN NÚMERO)

¿Necesita el paciente cuidado durante estos brotes? Sí No Si es así, proporcione la siguiente información.

- Explique el cuidado que necesita el paciente y por qué dicho cuidado es necesario desde el punto de vista médico.

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

5 PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre del proveedor

Apellido del proveedor

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

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.

Número de licencia del proveedor o número NPI

Estado o país (si no es en los EE. UU.) en donde el proveedor esté matriculado para ejercer

Número de teléfono del consultorio

Número de fax del consultorio

Dirección del consultorio

Suite

Ciudad

Estado

Código postal

Continúa en la página 6.



