Certificado del proveedor de atención médica para la condición de salud grave de un empleado conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos

División de Horas y Salarios

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS.
DEVOLVER AL PACIENTE.

Número de control de la OMB: 1235-0003
Vence: 8/31/2029

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) establece que un empleador puede exigir a un empleado que busca la protección de la FMLA porque necesita una licencia por una condición de salud grave que entregue un certificado médico emitido por el proveedor de atención médica del empleado. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3); 29 C.F.R. § 825.305. El empleador debe darle al empleado al menos 15 días calendario para entregar el certificado. Si el empleado no entrega un certificado médico completo y suficiente, es posible que se le niegue su solicitud de licencia de la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313. Puede encontrar información sobre la FMLA en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla.

SECCIÓN I: EMPLEADOR

El empleado o empleador pueden completar la Sección I. Si bien el uso de este formulario es opcional, en el mismo se solicita al proveedor de atención médica la información necesaria para obtener un certificado médico completo y suficiente, como se establece en 29 C.F.R. § 825.306. **No puede pedir al empleado que dé más información de la permitida por las reglamentaciones de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308.** Además, **no puede** solicitar un certificado de licencia de la FMLA para crear un vínculo con un recién nacido sano, un niño adoptado o en acogida temporal.

Por lo general, los empleadores deben guardar los registros y documentos relacionados con información médica, certificados médicos, recertificaciones o historias médicas de los empleados creados para fines de la FMLA como registros médicos confidenciales en archivos/registros separados de los archivos personales habituales y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, y de conformidad con 29 C.F.R. § 1635.9, si se aplica la Ley de No Discriminación por Información Genética.

(1) Nombre del empleado: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

(2) Nombre del empleador: _____ Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)
(Indique la fecha de solicitud del certificado)

(3) El certificado médico se debe devolver antes del _____ (dd/mm/aaaa)
(Debe dejar pasar al menos 15 días calendario a partir de la fecha solicitada, a menos que no sea posible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado).

(4) Cargo del empleado: _____ La descripción del puesto ☐ se adjunta/☐ no se adjunta.

Horario de trabajo habitual del empleado: _____

Declaración de las funciones esenciales del puesto del empleado:

_____

(Las funciones esenciales del puesto del empleado se determinan con referencia al puesto que ocupaba el empleado en el momento en que notificó al empleador la necesidad de una licencia o en el momento en que esta inició, lo que ocurra primero).

SECCIÓN II: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Indique su información de contacto, complete todas las partes relevantes de esta Sección y firme el formulario. Su paciente ha solicitado una licencia conforme a la FMLA. La FMLA permite que un empleador exija que el empleado presente un certificado médico oportuno, completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por la condición de salud grave del empleado. Para fines de la FMLA, una "condición de salud grave" significa una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que implique **atención hospitalaria** o **tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica**. Para obtener más información sobre las definiciones de una condición de salud grave según la FMLA, consulte el cuadro en la página 4.

También puede, pero **no es obligatorio**, dar otros datos médicos adecuados, incluyendo síntomas, diagnóstico o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipo especializado. Tenga en cuenta que es posible que algunas leyes estatales o locales no permitan la revelación de información médica privada sobre la condición de salud grave del paciente, como ofrecer el diagnóstico o tratamiento.

Nombre del empleado: _____

Nombre del proveedor de atención médica: (letra de molde) _____

Dirección comercial del proveedor de atención médica: _____

Tipo de consultorio/especialidad médica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

PARTE A: Información médica

Limite su respuesta a la condición médica por la que el empleado solicita la licencia de la FMLA. Sus respuestas deben ser su **mejor aproximación** basada en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente. **Después de completar la Parte A, complete la Parte B para dar información sobre la cantidad de licencia necesaria.** Nota: Para fines de la FMLA, "incapacidad" significa no poder trabajar, ir a la escuela o hacer actividades diarias normales por la condición, el tratamiento o la recuperación de la misma. No dé información sobre pruebas genéticas, tal como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, tal como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de la enfermedad o trastorno en los familiares del empleado, 29 C.F.R. § 1635.3(b).

(1) Indique la fecha aproximada en que empezó o empezará la condición: _____ (dd/mm/aaaa)

(2) Indique su **mejor aproximación** de cuánto tiempo duró o durará la condición: _____

(3) Marque las casillas de las siguientes preguntas, según corresponda. Para todas las casillas marcadas, se debe indicar la cantidad de licencia necesaria en la Parte B.

☐ **Atención hospitalaria:** El paciente (☐ ha sido/☐ se espera que sea) ingresado para pasar la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en las siguientes fechas:

☐ **Incapacidad más tratamiento**: (por ejemplo, cirugía ambulatoria, infección de garganta)

Por la condición, el paciente (☐ ha estado/☐ se espera que esté) incapacitado **por más de** tres días calendario completos y consecutivos desde el: _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa).

Al paciente (☐ se lo atendió/☐ se lo atenderá) en las siguientes fechas: _____

_____

La condición también (☐ ha causado/☐ no ha causado) un tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (por ejemplo, medicamentos recetados [que no son de venta libre] o terapia que necesita equipo especial).

☐ **Embarazo**: La condición es un embarazo. Indique la fecha prevista del parto: _____ (dd/mm/aaaa).

☐ **Condiciones crónicas**: (por ejemplo, asma, migrañas). Por la condición, es médicamente necesario que el paciente reciba tratamiento al menos dos veces al año.

☐ **Condiciones permanentes o de largo plazo**: (por ejemplo, Alzheimer, cáncer en etapa terminal). Por la condición, la incapacidad es permanente o de largo plazo y necesita supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no recibe un tratamiento activo).

☐ **Condiciones que necesitan varios tratamientos**: (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, cirugía de restauración). Por la condición, es médicamente necesario que el paciente reciba varios tratamientos.

☐ **Ninguna de las anteriores**: Si no se marcó ninguna de las condiciones anteriores, (es decir, atención hospitalaria, embarazo), no se necesita más información. Vaya a la página 4 para firmar y escribir la fecha en el formulario.

Nombre del empleado: _____

(4) Si es necesario, describa de forma breve otros datos médicos adecuados que estén relacionados con las condiciones por las que el empleado solicita la licencia de la FMLA. (Por ejemplo, uso de nebulizador, diálisis).

_____

PARTE B: Cantidad de licencia necesaria

Para las condiciones médicas marcadas en la Parte A, complete todo lo que corresponda. Varias preguntas piden una respuesta sobre la frecuencia o duración de una condición, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su **mejor aproximación** basada en sus conocimientos médicos, experiencia y examen del paciente. Sea tan específico como pueda; términos como "de por vida", "desconocido" o "indeterminado" puede que no sean suficientes para determinar la cobertura de la FMLA.

(5) Por la condición, el paciente (☐ tuvo/☐ tendrá) **tratamientos médicos planificados** (consultas médicas programadas) (por ejemplo, psicoterapia, citas prenatales) en las siguientes fechas: _____

_____

(6) Por la condición, el paciente (☐ fue/☐ será) **remitido a otros proveedores de atención médica** para una evaluación o tratamientos.

Indique la naturaleza de dichos tratamientos: (por ejemplo, cardiólogo, fisioterapia) _____

Indique su **mejor aproximación** de la fecha de inicio _____ (dd/mm/aaaa) y la fecha de finalización _____ (dd/mm/aaaa) de los tratamientos.

Indique su **mejor aproximación** de la duración de los tratamientos, incluyendo cualquier período de recuperación (por ejemplo, 3 días a la semana).

_____

(7) Por la condición, es médicamente necesario que el empleado trabaje en un **horario reducido**.

Indique su **mejor aproximación** del horario reducido que el empleado puede trabajar. Del _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa) el empleado puede trabajar: (por ejemplo, 5 horas/día, hasta 25 horas a la semana)

_____

(8) Por la condición, el paciente (☐ estuvo/☐ estará) **incapacitado por un período de tiempo continuo**, incluyendo cualquier tiempo para tratamientos o recuperación.

Indique su **mejor aproximación** de la fecha de inicio _____ (dd/mm/aaaa) y la fecha de finalización _____ (dd/mm/aaaa) del período de incapacidad.

(9) Por la condición, (☐ fue/☐ es/☐ será) médicamente necesario que el empleado se ausente del trabajo de forma intermitente (periódica), incluyendo cualquier episodio de incapacidad, es decir, brotes episódicos. Indique su **mejor aproximación** de la frecuencia y duración de los episodios de incapacidad.

Durante los próximos 6 meses, se estima que los episodios de incapacidad ocurrirán _____ veces por (☐ día ☐ semana ☐ mes) y es probable que duren aproximadamente _____ (☐ horas ☐ días) por episodio.

Nombre del empleado: _____

PARTE C: Funciones esenciales del puesto

Si se ofrece, la información de la pregunta n.º 4 de la Sección I se puede usar para responder a esta pregunta. Si el empleador no ofrece una declaración de las funciones esenciales del empleado o una descripción del puesto, responda estas preguntas basándose en la propia descripción del empleado de las funciones esenciales del puesto. Se considera que un empleado que debe ausentarse del trabajo para recibir tratamientos médicos, como visitas médicas programadas, por una condición de salud grave **no puede** desempeñar las funciones esenciales del puesto durante la ausencia para recibir tratamientos.

(10) Por la condición, el empleado (☐ no pudo/☐ no puede/☐ no podrá) desempeñar **una o más** de las funciones esenciales del puesto. Identifique al menos una función esencial del puesto que el empleado no puede desempeñar:

_____

Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

Definiciones de una condición de salud grave (consulte 29 C.F.R. §§ 825.113-.115)
Atención hospitalaria
• Estancia de una noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial. • La atención hospitalaria incluye cualquier período de incapacidad o cualquier tratamiento posterior relacionado con la estancia de una noche.
Tratamiento continuo por un proveedor de atención médica (alguno o varios de los siguientes)
Incapacidad más tratamiento: Un período de incapacidad de más de tres días calendario completos y consecutivos, y cualquier tratamiento o período de incapacidad posterior relacionado con la misma condición, que también implique: o Dos o más consultas en persona a un proveedor de atención médica para recibir tratamiento en un plazo de 30 días después del primer día de incapacidad, a menos que existan circunstancias atenuantes. La primera consulta debe hacerse en los siete días siguientes al primer día de incapacidad; o, o Al menos una consulta en persona con un proveedor de atención médica para recibir tratamiento en los siete días siguientes al primer día de incapacidad, lo que resulta en un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión del proveedor de atención médica. Por ejemplo, el proveedor de atención médica podría recetar un tratamiento con medicamentos recetados o una terapia que necesite un equipo especial.
Embarazo: Cualquier período de incapacidad por embarazo o por cuidados prenatales. _____
Condiciones crónicas: Cualquier período de incapacidad por una condición de salud crónica grave o su tratamiento, como diabetes, asma o migrañas. Una condición de salud crónica grave es el que necesita consultas con un proveedor de atención médica (o una enfermera supervisada por el proveedor) al menos dos veces al año y se repite durante un período de tiempo prolongado. Una condición crónica puede causar un período de incapacidad por episodios y no continuo.
Condiciones permanentes o de largo plazo: Un período de incapacidad permanente o de largo plazo por una condición para la que el tratamiento puede no ser eficaz, pero que necesita la supervisión continua de un proveedor de atención médica, como la enfermedad de Alzheimer o las etapas terminales del cáncer.
Condiciones que necesitan varios tratamientos: Cirugía de restauración después de un accidente u otra lesión; o, una condición que probablemente daría como resultado un período de incapacidad de más de tres días calendario completos y consecutivos si el paciente no recibiera el tratamiento.

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA

Si se presenta, es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos calcula que a las personas encuestadas les llevará un promedio de 15 minutos completar esta recopilación de información, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, envíelo al administrador a Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C., Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

_____

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. DEVOLVER AL PACIENTE.