Certificado de lesión o enfermedad grave de un miembro actual del servicio para la licencia de cuidador militar conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
División de Horas y Salarios

WAGE AND HOUR DIVISION

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 los empleados elegibles pueden tomar una licencia de la FMLA para cuidar a un miembro del servicio cubierto protegido con una enfermedad o lesión grave. La FMLA permite que un empleador exija a un empleado que solicita una licencia de la FMLA para este propósito que presente un certificado médico. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). El empleador debe darle al empleado **al menos 15 días calendario** para entregar el certificado. Si el empleado no entrega un certificado 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

Tanto el empleado como el empleador pueden completar la Sección I. Aunque el uso de este formulario es opcional, en este se pide al proveedor de atención médica la información necesaria para obtener un certificado médico completo y suficiente. **No puede pedir al empleado que dé más información de la permitida por las reglamentaciones de la FMLA, 29 C.F.R. § 825.310**. **No se permiten recertificaciones para la licencia de la FMLA para cuidar a un miembro del servicio cubierto. Cuando un empleador solicita un certificado médico, no se puede responsabilizar a un empleado por retrasos administrativos en la emisión de documentos militares, a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado para obtener dichos documentos.** Un empleador que exige a un empleado que presente un certificado para obtener una licencia para atender a un miembro del servicio cubierto **debe** aceptar como certificado suficiente las órdenes de viaje por invitación (ITO) o las autorizaciones de viaje por invitación (ITA) emitidas a cualquier familiar para que se reúna con un militar herido o enfermo en el lugar donde este se encuentre. Una ITO o ITA es un certificado suficiente por el período de tiempo especificado en la ITO o ITA.

Por lo general, los empleadores deben guardar los registros y documentos relacionados con información médica, certificados médicos, recertificaciones o historiales médicos de los empleados o de sus familiares 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: _____ *(mm/dd/aaaa)*
(Indique la fecha de solicitud del certificado)

(3) Este certificado se debe devolver antes del: _____ *(mm/dd/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).

SECCIÓN II: EMPLEADO o MIEMBRO ACTUAL DEL SERVICIO

Complete todas las partes de la Sección II antes de que el proveedor de atención médica del miembro del servicio complete la Sección III. La FMLA permite que un empleador exija que un empleado presente un certificado oportuno, completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio cubierto. Si su empleador lo solicita, su respuesta es necesaria para obtener o conservar el beneficio de la licencia con protección de la FMLA.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

(1) Nombre del miembro actual del servicio para quien el empleado solicita la licencia: _____

Nombre del empleado: _____

(2) Seleccione su relación con el miembro actual del servicio. El miembro actual del servicio es su:

☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo ☐ Familiar más cercano

Por "cónyuge" se entiende el esposo o la esposa tal como se define o reconoce en el estado en el que la persona se casó, incluyendo un matrimonio de hecho o un matrimonio entre personas del mismo sexo. Los términos "hijo" y "padre/madre" incluyen relaciones de padre y madre en las que una persona asume las obligaciones de un padre/madre con un menor. Un empleado puede tomar una licencia de la FMLA para atender a un miembro del servicio cubierto que asumió las obligaciones de padre/madre con el empleado cuando este era un niño. Un empleado también puede tomar una licencia de la FMLA para atender a un miembro del servicio cubierto por el que ha asumido las obligaciones de un padre/madre. No es necesaria una relación legal ni biológica. "Familiar más cercano" es el familiar consanguíneo más cercano del miembro del servicio, que no sea el cónyuge, padre o madre, hijo o hija, en el siguiente orden de prioridad: (1) un familiar consanguíneo designado por escrito por el miembro del servicio para fines de la licencia de la FMLA, (2) familiares consanguíneos a quienes se les concedió la custodia legal del miembro del servicio, (3) hermanos y hermanas, (4) abuelos, (5) tíos y tías, y (6) primos hermanos.

PARTE B: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL SERVICIO Y ATENCIÓN QUE SE LE DARÁ

(3) El miembro del servicio (☐ es / ☐ no es) un miembro actual de las Fuerzas Armadas Regulares, la Guardia Nacional o Reservas. Si la respuesta es sí, indique la rama militar, el rango y la unidad a la que está asignado en este momento:

_____

_____

(4) El miembro del servicio (☐ está/☐ no está) asignado a un centro de tratamiento médico militar como paciente ambulatorio o a una unidad establecida con el fin de ofrecer orden y control a los miembros de las Fuerzas Armadas que reciben atención médica como pacientes ambulatorios, como una unidad de hospitalización médica o de transición de guerra. Si la respuesta es sí, indique el nombre del centro o unidad de tratamiento médico:

_____

(5) El miembro del servicio (☐ está/☐ no está) en la Lista de Retirados por Incapacidad Temporal (TDRL).

(6) Describa de forma breve la atención que prestará al miembro del servicio: *(Marque todas las que correspondan)*

☐ Ayuda con necesidades médicas, higiénicas, nutricionales o de seguridad básicas
☐ Bienestar psicológico ☐ Cuidado físico
☐ Transporte ☐ Otro: _____

(7) Indique su **mejor aproximación** de la cantidad de días de licencia necesarios para prestar la atención descrita: _____

_____

(8) Si es necesario un horario de trabajo reducido para prestar la atención descrita, indique su **mejor aproximación** del horario de trabajo reducido en el que puede trabajar. Del _____ *(mm/dd/aaaa)* al _____ *(mm/dd/aaaa),* puedo trabajar: _____ *(horas al día)* _____ (*días a la semana).*

SECCIÓN III: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Indique su información de contacto, llene todas las partes de esta Sección en su totalidad y firme el siguiente formulario. El empleado que aparece en la Sección I ha solicitado una licencia conforme a la FMLA para atender a un familiar que es miembro actual de las Fuerzas Armadas Regulares, la Guardia Nacional o Reservas que está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia, está en estado de paciente ambulatorio o está en la lista de retirados por incapacidad temporal por una lesión o enfermedad grave. Nota: Para fines de la licencia de la FMLA, una lesión o enfermedad grave es aquella que ocurrió en el cumplimiento del deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas o que existía antes del inicio del servicio activo del miembro y se agravó por el servicio durante el cumplimiento del deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas que pudo incapacitar médicamente al miembro del servicio para desempeñar las funciones del cargo, grado, rango o clasificación del miembro del servicio. La "necesidad de atención" incluye tanto la atención física como la psicológica. Incluye situaciones en las que, por ejemplo, por su lesión o enfermedad grave, el miembro del

Nombre del empleado: _____

servicio no puede ocuparse de sus propias necesidades médicas, higiénicas, de nutrición o seguridad básicas, o necesita que lo lleven al médico. También incluye dar apoyo y consuelo psicológico, lo que sería beneficioso para el miembro del servicio que recibe atención en el hospital o en casa. Un certificado completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por una lesión o enfermedad grave de un miembro actual del servicio incluye documentación escrita que confirme que la lesión o enfermedad del miembro del servicio ocurrió en el cumplimiento del deber durante el servicio activo o, si no, que la lesión o enfermedad del miembro actual del servicio existía antes del inicio del servicio activo del miembro del servicio y se agravó por el servicio en el cumplimiento del deber durante el servicio activo en las Fuerzas Armadas, y que el miembro actual del servicio está recibiendo tratamiento para dicha lesión o enfermedad por un proveedor de atención médica mencionado arriba.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

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: _____

Seleccione el tipo de proveedor de atención médica de la FMLA que es:

- ☐ Proveedor de atención médica del DOD
- ☐ Proveedor de atención médica de VA
- ☐ Proveedor de atención médica privado autorizado de la red TRICARE del DOD
- ☐ Proveedor de atención médica privado autorizado por TRICARE fuera de la red del DOD
- ☐ Proveedor de atención médica según se define en 29 C.F.R. § 825.125

PARTE B: INFORMACIÓN MÉDICA

Presente la información médica adecuada del paciente que se solicita abajo. Limite sus respuestas a la condición del miembro del servicio por la que el empleado solicita la licencia. Si no puede hacer algunas determinaciones relacionadas con las fuerzas armadas incluidas abajo, se le permite confiar en las determinaciones de un representante autorizado del DOD, como un Coordinador de atención de recuperación del DOD. No presente información sobre pruebas genéticas, como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), o servicios de genética, como se define en 29 C.F.R. §1635.3(e).

(1) Nombre del paciente: _____

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

(3) Indique su **mejor aproximación** de cuánto tiempo durará la condición: _____

(4) La lesión o enfermedad del miembro del servicio: *(Seleccione según corresponda)*

- ☐ Ocurrió en el cumplimiento del deber en servicio activo.
- ☐ Existía antes del inicio del servicio activo del miembro del servicio y se agravó por el servicio en el cumplimiento del deber en servicio activo.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

(5) El miembro del servicio (☐ recibe/☐ no recibe) tratamiento médico, recuperación ni terapia para esta condición. Si la respuesta es sí, describa de forma breve el tratamiento médico, la recuperación o terapia:

_____

Nombre del empleado: _____

(6) La condición médica del miembro actual del servicio se clasifica como: *(Seleccione según corresponda)*

☐ **(VSI) Muy gravemente enfermo/herido.** La enfermedad/lesión es de tal gravedad que la vida está en peligro inminente. Se solicita la presencia inmediata de los familiares en el lugar donde este se encuentre. *Tenga en cuenta que esta es una designación interna de asistencia a víctimas del DOD que usan los proveedores de atención médica del DOD.*

☐ **(SI) Gravemente enfermo/herido**. La enfermedad/lesión es de tal gravedad que es motivo de preocupación inmediata, pero no hay peligro inminente para la vida. Se solicita la presencia de los familiares en el lugar donde este se encuentre. *Tenga en cuenta que esta es una designación interna de asistencia a víctimas del DOD que usan los proveedores de atención médica del DOD.*

☐ **OTRO tipo de enfermo/herido.** Una lesión o enfermedad grave que puede incapacitar médicamente al miembro del servicio para desempeñar las funciones de su cargo, grado, rango o calificación.

☐ **NINGUNA DE LAS ANTERIORES.** *Nota para el empleado: Si se marca esta casilla, es posible que aún sea elegible para tomar una licencia para cuidar a un familiar protegido con una "condición de salud grave" según 29 C.F.R. § 825.113 de la FMLA. Si solicita dicha licencia, es posible que deba completar el formulario WH-380-F del DOL o un formulario enviado por el empleador en el que se solicita la misma información.*

PARTE C: CANTIDAD DE LICENCIA NECESARIA

Para la condición médica marcada en la Parte B, complete todo lo que corresponda. Algunas 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.

(7) Por la condición que padece, el miembro del servicio necesitará atención durante un **período de tiempo continuo**, incluyendo el tiempo necesario para el tratamiento y la recuperación. Indique su **mejor aproximación** de la fecha de inicio _____ *(mm/dd/aaaa)* y la fecha de finalización _____ *(mm/dd/aaaa)* para este período de tiempo.

(8) Por la condición, es médicamente necesario que el miembro del servicio vaya a las citas de **tratamiento médico planificadas** (visitas médicas programadas). Indique su **mejor aproximación** de la duración de los tratamientos, incluyendo cualquier período de recuperación _____ *(por ejemplo, 3 días a la semana).*

(9) Por la condición, es médicamente necesario que el miembro del servicio reciba atención de **forma intermitente** (periódica), como la atención necesaria por brotes episódicos de la condición o para ayudar con la recuperación del miembro del servicio. Indique su **mejor aproximación** de la frecuencia y duración de los episodios intermitentes.

Durante los próximos 6 meses, se calcula que la atención intermitente se prestará _____ veces por (☐ día/☐ semana/☐ mes) y es probable que dure aproximadamente _____ (☐ horas/ ☐ días) por episodio.

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

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

Si se envía, es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años, conforme a 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 en 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. DEVOLVERLO AL PACIENTE.