

**Certificado para lesión o enfermedad grave
de un veterano para la licencia de cuidador
de un militar 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 los empleados elegibles pueden tomar una licencia de la FMLA para cuidar a un veterano cubierto 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](http://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 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.** En lugar de este formulario o de su propio formulario de certificado, **debe** aceptar como certificado suficiente de la lesión o enfermedad grave del veterano la documentación que indique la inscripción del veterano en el Programa de Asistencia Completa para Cuidadores Familiares del Departamento de Asuntos de los Veteranos. **No puede pedir al empleado que dé más información de la permitida por las reglamentaciones de la FMLA, 29 C.F.R. § 825.310.**

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: _____ (dd/mm/aaaa)
(Indique la fecha de solicitud del certificado)

(3) Este certificado 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).

SECCION II: EMPLEADO o VETERANO

Complete todas las partes de la Sección II antes de que el proveedor de atención médica del veterano 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 cuidador de un militar conforme a la FMLA por una lesión o enfermedad grave de un veterano cubierto. Si el empleador lo solicita, su respuesta es necesaria para obtener o mantener el beneficio de la licencia con protección de la FMLA. El empleador debe dar al empleado **al menos 15 días calendario** para devolverle este formulario. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3).

PARTE A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

(1) Nombre del veterano para quien el empleado solicita la licencia: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Nombre del empleado: _____

(2) Seleccione su relación con el veterano. El veterano 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 veterano, 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 veterano para fines de la licencia de la FMLA, (2) familiares consanguíneos a quienes se les concedió la custodia legal del veterano, (3) hermanos y hermanas, (4) abuelos, (5) tíos y tías, y (6) primos hermanos.

PARTE B: INFORMACIÓN DEL VETERANO Y ATENCIÓN QUE SE LE DARÁ

(3) Al veterano se le dio de baja o liberó (☐ con honores/☐ sin honores) de las Fuerzas Armadas, incluyendo la Guardia Nacional o Reservas. Indique la fecha de baja del veterano: _____(mm/dd/aaaa)

(4) Indique el cuerpo militar, el rango y la unidad del veterano en el momento de su baja: _____

(5) El veterano (☐ recibe/☐ no recibe) tratamiento médico, recuperación ni terapia por una lesión o enfermedad.

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

☐ Ayuda con necesidades médicas, higiénicas, nutricionales o de seguridad básicas ☐ Transporte

☐ Bienestar psicológico

☐ Cuidado físico

☐ 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 _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa)
Puedo trabajar: _____ (horas al día) _____ (días a la semana).

SECCIÓN III: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Indique su información de contacto, complete todas las partes de esta Sección en su totalidad y firme el siguiente formulario. El empleado mencionado en la Sección I ha solicitado una licencia conforme a la disposición de licencia para cuidador de un militar de la FMLA para atender a un familiar que es veterano.

Nota: Para fines de la licencia de la FMLA para cuidador de un militar, una lesión o enfermedad grave significa una lesión o enfermedad sufrida por el miembro del servicio durante el cumplimiento del deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas (o que existía antes del inicio del servicio activo del miembro del servicio y se agravó por el servicio durante el cumplimiento del deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas) y se manifestó antes o después de que el miembro del servicio fuera veterano, y es: una continuación de una lesión o enfermedad grave que ocurrió o se agravó cuando el veterano cubierto era miembro de las Fuerzas Armadas y que provocó que el miembro del servicio no pudiera desempeñar las funciones de su cargo, grado, rango o clasificación; o una condición física o mental por la cual el veterano cubierto ha recibido una Clasificación de Discapacidad Relacionada con el Servicio del Departamento de Asuntos de Veteranos (VASRD) de EE. UU. de 50 por ciento o más, y dicha calificación VASRD se basa, en su totalidad o en parte, en la condición que precipitó la necesidad de una licencia de cuidador de un militar; o una condición física o mental que afecte de manera considerable la capacidad del veterano cubierto para obtener o desempeñar un empleo remunerado de manera

Nombre del empleado: _____

considerable a causa de una discapacidad o discapacidades relacionadas con el servicio militar, o que lo haría de no recibir tratamiento; o una lesión, incluyendo una lesión psicológica, por la cual el veterano protegido se ha inscrito en el Programa de Asistencia Completa para Cuidadores Familiares del Departamento de Asuntos de los Veteranos.

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 veterano no puede encargarse 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 veterano que recibe atención hospitalaria o en casa.

Un certificado completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA para cuidador de un militar por una lesión o enfermedad grave de un veterano cubierto incluye documentación escrita que confirme que la lesión o enfermedad del veterano ocurrió en el cumplimiento del deber durante el servicio activo o existía antes del inicio del servicio activo del veterano y se agravó por el servicio en el cumplimiento del deber durante el servicio activo, además de que el veterano está recibiendo tratamiento, recuperación o terapia para dicha lesión o enfermedad por un proveedor de atención médica mencionado arriba. Puede encontrar información sobre la FMLA [en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla).

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 CFR 825.125

PARTE B: INFORMACIÓN MÉDICA

Presente la información médica adecuada del paciente que se solicita abajo. Limite sus respuestas a la condición del veterano por la que el empleado solicita la licencia. Si no puede hacer ciertas 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, o un representante autorizado de VA. 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: _____ (dd/mm/aaaa)

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

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

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

El veterano (☐ 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: _____

(5) La condición médica del veterano es: *(Seleccione según corresponda)*

- ☐ La continuación de una lesión o enfermedad grave que ocurrió o se agravó cuando el veterano cubierto era miembro de las Fuerzas Armadas y que provocó que el miembro del servicio no pudiera desempeñar las funciones de su cargo, grado, rango o clasificación.
- ☐ Una condición física o mental por la cual el veterano cubierto ha recibido una Clasificación de Discapacidad Relacionada con el Servicio (VASRD) del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. de 50 % o más, y dicha clasificación VASRD se basa, en su totalidad o en parte, en la condición que precipitó la necesidad de la licencia de cuidador de un militar.
- ☐ Una condición física o mental que perjudica de manera sustancial la capacidad del veterano cubierto para obtener o desempeñar un empleo remunerado de manera considerable a causa de una discapacidad o discapacidades relacionadas con el servicio militar, o que lo haría de no recibir tratamiento.
- ☐ Una lesión, incluyendo una lesión psicológica, por la cual el veterano cubierto está inscrito en el Programa de Asistencia Completa para Cuidadores Familiares del Departamento de Asuntos de los Veteranos.
- ☐ Ninguna de las anteriores. *Nota para el empleado: Si se marca esta casilla, es posible que aún sea elegible para tomar una licencia para atender 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 licencia de la FMLA para cuidador de un militar.

- (1) Por la condición que padece, el veterano 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 _____ (dd/mm/aaaa) y la fecha de finalización _____ (dd/mm/aaaa) para este período de tiempo.
- (2) Por la condición, es médicamente necesario que el veterano 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).
- (3) Por la condición, es médicamente necesario que el veterano reciba atención de **forma intermitente** (periódica), como la atención necesaria por brotes episódicos de la condición o para ayudar con la recuperación del veterano. Indique su **mejor aproximación** de la frecuencia y duración de los episodios de incapacidad.

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** _____ (dd/mm/aaaa)

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, 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. DEVOLVER AL PACIENTE.**