

Certificación del proveedor médico de afección médica grave de un familiar (Ley de ausencia familiar y médica, FMLA)	Departamento de Trabajo de los Estados Unidos Sección de horas y sueldos	
--	---	---

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO; Número de control de OMB: 1235-0003

DEVUÉLVASELO AL PACIENTE

Fecha de vencimiento: 5/31/2018

SECCIÓN I: A completar por el EMPLEADOR

INSTRUCCIONES para el EMPLEADOR: La Ley de ausencia familiar y médica (FMLA por sus siglas en inglés) dispone que un empleador puede exigir que un empleado que busca protección bajo la FMLA, debido a la necesidad de ausentarse para cuidar de un familiar contemplado en esta ley que padece una afección médica grave, entregue un certificado médico emitido por el proveedor médico del familiar contemplado en esta ley. Complete la Sección I antes de entregarle este formulario a su empleado. Su respuesta es voluntaria. Aunque usted no está obligado a usar este formulario, no puede pedirle al empleado que le entregue más información de la permitida por los reglamentos de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308. Los empleadores generalmente deben mantener los informes y documentos relacionados con certificaciones médicas, recertificaciones o historiales clínicos de los familiares de los empleados, creados para fines de la FMLA, como informes médicos confidenciales, en archivos/registros separados de los expedientes generales de personal y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley de estadounidenses con discapacidades, y de conformidad con 29 C.F.R. § 1635.9, si se aplica la Ley de no discriminación por información genética.

Nombre e información de contacto del empleador: _____

SECCIÓN II: A completar por el EMPLEADO

INSTRUCCIONES para el EMPLEADO: Complete la Sección II antes de entregarle este formulario a su familiar o al proveedor médico de su familiar. La FMLA permite que un empleador exija que usted entregue un certificado médico completo, dentro del plazo establecido y con suficiente información médica que fundamente una solicitud de ausencia bajo la FMLA para cuidar de un familiar contemplado en esta ley que padece una afección médica grave. Si su empleador así se lo solicita, su respuesta es obligatoria para obtener o retener los beneficios recogidos en la FMLA. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). Si no entrega un certificado médico completo y satisfactorio, se le podría denegar su solicitud bajo la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313. Su empleador tiene que darle al menos 15 días de calendario para devolverle este formulario al empleador. 29 C.F.R. § 825.305.

Su nombre: _____

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

Nombre del familiar a quien cuidará: _____

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Parentesco del familiar con usted: _____

Si el familiar es su hijo/hija, indique su fecha de nacimiento: _____

Describa los cuidados que le proporcionará a su familiar y calcule el periodo de ausencia necesario para proporcionarle dichos cuidados:

Firma del empleado

Fecha

SECCIÓN III: A completar por el PROVEEDOR MÉDICO

INTRUCCIONES para el PROVEEDOR MÉDICO: El empleado arriba nombrado ha solicitado un periodo de ausencia bajo la FMLA para cuidar de su paciente. Responda en su totalidad y de manera completa a todas las secciones aplicables. Varias preguntas piden respuestas sobre la frecuencia o duración de una afección, tratamiento, etc. Su respuesta debe ajustarse a lo que usted considere basándose en sus conocimientos médicos, experiencia y revisión médica del paciente. Sea lo más específico posible; términos como “toda la vida”, “desconocido” o “indeterminado” podrían no ser suficientes para determinar la cobertura según la FMLA. Limite sus respuestas a la afección por la cual el paciente necesita que se otorgue el permiso de ausencia. No proporcione información sobre pruebas genéticas, según lo definido en 29 C.F.R. § 1635.3(f), ni sobre servicios genéticos, según lo definido en 29 C.F.R. § 1635.3(e). La página 4 ofrece espacio para incluir información adicional, si fuera necesario. Asegúrese de firmar el formulario en la última página.

Nombre y dirección del consultorio del proveedor: _____

Tipo de consulta/Especialidad médica: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

PARTE A: DATOS MÉDICOS

1. Fecha aproximada del comienzo de la afección: _____

Duración probable de la afección: _____

¿Se ingresó al paciente para pernoctar en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial?

___ No ___ Sí. De ser así, indique las fechas de ingreso:

Fecha(s) en que usted trató al paciente por su afección:

¿Se le recetó algún medicamento, aparte de medicamentos sin receta? ___ No ___ Sí.

¿Necesitará el paciente visitas de tratamiento al menos dos veces al año debido a su afección?

___ No ___ Sí.

¿Se envió al paciente a otro proveedor de atención médica para su evaluación o tratamiento (por ejemplo, fisioterapia)? ___ No ___ Sí. De ser así, indique el tipo de tratamiento y la duración prevista de dicho tratamiento:

2. ¿Es la afección médica un embarazo? ___ No ___ Sí. De ser así, indique la fecha prevista del parto:

3. Describa cualquier otra información médica pertinente, si la hubiera, relacionada con la afección por la cual el paciente necesita cuidados (dicha información médica puede incluir síntomas, diagnóstico o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipo especializado):

PARTE B. MEDIDA DE CUIDADOS NECESARIOS: Al responder a estas preguntas, tenga en cuenta que la necesidad de su paciente de cuidados por parte del empleado que solicita el permiso de ausencia puede incluir ayuda con necesidades básicas médicas, de higiene, nutricionales, de seguridad o de transporte, o cuidados físicos o psicológicos:

4. ¿Estará el paciente incapacitado durante un único periodo de tiempo continuo, incluido cualquier periodo de tiempo necesario para su tratamiento y recuperación? ___ No ___ Sí.

Calcule las fechas de comienzo y fin del periodo de incapacidad: _____

Durante ese periodo de tiempo ¿necesitará cuidados el paciente? ___ No ___ Sí.

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios:

5. ¿Necesitará el paciente acudir a citas de seguimiento de tratamiento, incluido el periodo de recuperación? ___No ___Sí.

Calcule el horario del tratamiento, si lo hubiera, incluidas las fechas de citas programadas y el tiempo necesario para cada cita, incluido cualquier periodo de recuperación:

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios:

6. ¿Necesitará el paciente cuidados de manera intermitente o durante un horario reducido, incluido cualquier periodo de recuperación? ___No ___Sí.

Calcule las horas durante las cuales el paciente necesitará cuidados de manera intermitente, si así fuera:

_____ hora(s) al día; _____ días a la semana desde _____ hasta _____

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios:

7. ¿La afección médica causará recaídas periódicas que impidan al paciente participar en las actividades diarias normales? ___No ___Sí.

Basándose en el historial médico del paciente y en su conocimiento de la afección médica, calcule la frecuencia de las recaídas y la duración de la incapacidad relacionada que el paciente pueda sufrir durante los próximos 6 meses (por ejemplo, 1 episodio cada 3 meses con una duración de 1-2 días).

Frecuencia: _____ veces por _____ semana(s) _____ mes(es)

Duración: _____ horas o _____ día(s) por episodio

¿El paciente necesitará cuidados durante estas recaídas? ___No ___Sí.

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios:

INFORMACIÓN ADICIONAL: INDIQUE EL NÚMERO DE LA PREGUNTA QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA ADICIONAL.

Firma del proveedor médico

Fecha

**AVISO SOBRE LA LEY DE REDUCCIÓN DE USO DE PAPEL
Y DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA**

Si se entrega este documento, es obligatorio que los empleadores mantengan una copia del mismo en sus archivos durante tres años. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no tienen la obligación de responder a esta recopilación de información a menos que lleve un número de control actualmente válido de OMB. El Departamento de Trabajo calcula que se necesitarán aproximadamente 20 minutos para reunir y completar la información, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, localizar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y repasar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con el cálculo de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, envíelos a: Administrator, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC 20210. **NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO; DEVUÉLVASELO AL PACIENTE.**

Nota del Traductor: Esta es una traducción al español de un documento emitido por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. Esta versión traducida no es un documento oficial y no fue emitida por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. Traducida por Claudia Ross, traductora contratada por la Oficina de Administración de Tribunales de Nuevo México, el 26 de mayo de 2015.

Translator's Note: This is a Spanish Translation of a document issued by the U.S. Department of Labor. This translated version is not an official document and was not issued by the U.S. Department of Labor. Translated by Claudia Ross, translator contracted by the New Mexico Administrative Office of the Courts, on May 26th, 2015.