

Certificacion de Proveedor Medico Estado de Salud del Familiar *Ley de Ausencia Familiar y Medica de 1993 ("FMLA")*

SECCION I: Esta seccion debe llenarla el EMPLEADO (A) y el FAMILIAR

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO(A): Por favor llene la Seccion I antes de darle esta forma a su proveedor medico. La ley de FMLA permite que la Universidad le requiera a usted que presente suficiente informacion en la forma de una certificacion medica, de una manera oportuna y completa, para respaldar una solicitud de ausencia bajo la FMLA, a causa de su propia condicion medica seria. Esta certificacion es requerida para obtener o retener el beneficio de protecciones de FMLA. 29 U.S.C. 2613, 2614 (c)(3). No proporcionar una certificacion medica completa o con informacion suficiente puede resultar en la denegacion de su solicitud de FMLA. 20 C.F.R. 825.313. Su solicitud completa debe ser devuelta al equipo que maneja ausencias en la Universidad (Absence Management Team) dentro de 15 dias naturales. 29 C.F.R. 825.305

Nombre del empleado:	Numero de identificacion de trabajo:
Nombre del Familiar al cual usted proveera cuidado:	
Relacion del familiar con usted:	Si es hijo(a), provea la fecha de nacimiento del familiar:
Describe el cuidado que usted le proveera a su familiar y el tiempo estimado que usted necesita de ausencia en el trabajo para proveer este cuidado:	
Firma del Empleado(a)	Fecha
Por la presente autorizo a un representante de la Universidad de Utah en la Division de Recursos Humanos para contactar a mi proveedor medico con el proposito de clarificar y/o verificar la autenticidad de esta Certificacion de Proveedor Medico.	
Firma del Paciente (or guardian legal del paciente)	Fecha

SECCION II: Esta seccion debe llenarla el PROVEEDOR MEDICO

Instrucciones al PROVEEDOR MEDICO: Su paciente a solicitado una ausencia bajo la FMLA para cuidar de un familiar que es paciente de usted. Por favor responda de manera completa todas las secciones correspondientes. Varias preguntas buscan una respuesta relacionada a la frecuencia o duracion de la condicion, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su mejor estimado basado en su conocimiento medico, experiencia, y examinacion del paciente. Sea tan especifico(a) como pueda. Terminos tales como "toda la vida," "desconocido," "indeterminado" quizas no sea suficiente para determinar cobertura de FMLA. Limite sus respuestas a la condicion por la cual el empleado(a) esta pidiendo ausencia en el trabajo. De conformidad a la Acta de No Discriminacion de Informacion Genetica del 2008 (GINA), por favor no incluya declaraciones acerca de pruebas geneticas o ninguna informacion genetica o historia familiar en respuesta a esta solicitud de informacion medica. Por favor asegurese de firmar esta forma en la ultima pagina.

Nombre del Proveedor Medico:	Tipo de Practica/Especialidad:
Direccion de Negocio:	
Telefono:	Fax:

PARTE A: HECHOS MEDICOS PARA DETERMINAR SI EXISTE UNA CONDICION DE SALUD GRAVE

Fecha aproximada en que empezo la condicion: _____

Duracion probable de la condicion (si se sabe): _____

1. Fue admitido el paciente para quedarse por la noche en un hospital, centro de hospicio, o de atencion medica residencial?
 No Si Incluya las fechas de admision: _____
2. Fechas en que usted trato al paciente por la condicion: _____
3. Va a necesitar visitas de tratamiento el paciente al menos dos veces por año debido a la condicion?
 No Si Hay citas disponibles fuera de las horas del trabajo del empleado(a)? No Si
4. Fue prescrito medicina, aparte de medicamentos sin receta?
 No Si
5. Se refirio al paciente a otro(s) proveedor medico para evaluacion o tratamiento medico (p.ej; terapia fisica)?
 No Si Declare la naturaleza de tales tratamientos y la duracion esperada de tratamiento: _____
6. Es embarazo la condicion medica? No Si Cual es la fecha estimada de alumbramiento: _____
7. Provea otros hechos medicos relacionados a la condicion para la cual el empleado(a) esta solicitando ausencia de trabajo (tales hechos medicos pueden incluir sintomas, diagnostico, o cualquier regimen de tratamiento continuo, tal como el uso de equipo especializado): _____

PARTE B: CANTIDAD DE AUSENCIA NECESARIA

8. Estara incapacitado el paciente¹ por un periodo continuo de tiempo debido a su condicion medica, incluyendo cualquier periodo necesario para tratamiento y recuperacion?
 No Si Estime las fechas asociadas con el principio y final de este periodo de incapacidad continua: _____
9. Necesitara el paciente cuidado de familiares durante este tiempo?
 No Si Explique el cuidado necesitado por el paciente y por que el cuidado es necesario medicamente: _____

¹"Incapacidad" para los propositos de la FMLA, es definida como inhabilidad de trabajar, asistir a la escuela, o realizar otras actividades diarias regulares debido a la condicion medica seria, tratamiento, y recuperacion.

10. Necesitara el paciente asistir a citas medicas para seguimiento de tratamiento debido a la condicion medica?

No Si Provea un horario estimado de tratamiento, incluyendo las fechas o la frecuencia de citas agendadas, y el tiempo requerido para cada cita, incluyendo cualquier periodo de recuperacion:

11. Requerira el paciente cuidado intermitente o a base de un horario reducido, incluyendo tiempo para recuperacion?

No Si Provea un estimado de horas ue el paciente necesitara cuidado u horario de trabajo reducido, incluyendo horas por dia, y dias por semana, y un estimado de el principio y final de esas fechas:

Explique el cuidado requerido por el paciente y por que ese cuidado es medicamente requerido:

12. Causara la condicion brotes epidodicos que impidan periodicamente que el paciente participe en actividades normales diarias?

No Si Basado en la historia medica del paciente y su conocimiento de la condicion medica, prevea un estimado de la frecuencia de brotes y la duracion de la incapacidad relacionada a los brotes, que el paciente pueda tener en los siguientes 6 meses (p.ej. 1 brote cada 3 meses durando de 1-2 dias):

Frecuencia: _____ vez(ces) por _____ (semana/mes/año)

Duracion: _____ hora(s) o _____ dia(s) por brote

Explique el cuidado requerido por el paciente durante los brotes episodicos y por que el cuidado es medicamente requerido:

PARTE C: INFORMACION ADICIONAL

Firma del Proveedor Medico

Fecha