

# Oficina de Cumplimiento

avance de la seguridad, la salud y los derechos laborales en la rama legislativa

## Certificación de Proveedor de Atención Médica para Afección Grave de Salud del Empleado

(Ley de Licencia Familiar y Médica, según fuera aplicable  
por la Ley de Responsabilidad del Congreso)

### Formulario A

#### SECCIÓN I: Para que lo Complete la OFICINA DE EMPLEO

**INSTRUCCIONES para la OFICINA DE EMPLEO:** La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), según fuera aplicable por la Ley de Responsabilidad del Congreso (CAA, por sus siglas en inglés), establece que una oficina de empleo puede exigir a un empleado que busque protección de la FMLA debido a una necesidad de licencia por una afección grave de salud que presente una certificación médica expedida por el proveedor de atención médica del empleado. Complete la Sección I antes de entregar este formulario a su empleado. Su respuesta es voluntaria. Aunque usted no está obligado a utilizar este formulario, no se puede pedir al empleado que proporcione más información que la permitida en virtud de las regulaciones de la FMLA emitidas por la Junta Directiva (la Junta) de la Oficina de Cumplimiento (OOC, por sus siglas en inglés) en 825.306-825.308. Las oficinas de empleo por lo general deben mantener registros y documentos relacionados con certificaciones médicas, recertificaciones o historiales médicos de los empleados creados para fines de la FMLA como registros médicos confidenciales en archivos/registros separados de los archivos habituales de personal, si se aplica la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o la Ley de No Discriminación de la Información Genética, según fuera aplicable por la CAA.

Nombre y contacto de la oficina de empleo: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo del empleado: \_\_\_\_\_ Horario regular de trabajo: \_\_\_\_\_

Funciones esenciales del trabajo del empleado: \_\_\_\_\_

Marque si se adjunta la descripción del trabajo:

#### SECCIÓN II: Para que lo Complete el EMPLEADO

**INSTRUCCIONES para el EMPLEADO:** Complete la Sección II antes de entregar este formulario a su médico. La FMLA, según fuera aplicable por la CAA, permite que una oficina de empleo requiera que presente una certificación médica oportuna, completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia FMLA debido a su propia afección grave de salud. Si su oficina de empleo lo solicita, se requiere su respuesta para obtener o conservar el beneficio de las protecciones de la FMLA. No proporcionar una certificación médica completa y suficiente puede dar lugar a una denegación de su solicitud de licencia FMLA. Normativas de la OOC en 825.313. Su oficina de empleo debe proporcionarle al menos 15 días naturales para devolver este formulario. Normativas de la OOC en 825.305(b).

Su Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

#### SECCIÓN III: Para que lo complete el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

**INSTRUCCIONES para el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:** Su paciente ha solicitado licencia conforme a la FMLA, según fuera aplicable por la AAC. Responda todas las partes aplicables de manera completa. Varias preguntas buscan una respuesta en cuanto a la frecuencia o la duración de una afección, tratamiento, etc. Su

respuesta debe ser su mejor estimación con base en su conocimiento, experiencia y examen médico del paciente. Sea tan específico como pueda; los términos tales como "toda la vida", "desconocido" o "indeterminado" pueden no ser suficientes para determinar la cobertura de la FMLA. Limite sus respuestas a la afección por la cual el empleado busca licencia. No proporcione 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 una enfermedad o trastorno en los miembros de la familia del empleado tal como se define en 29 C. F. R. §1635.3(b). Asegúrese de firmar el formulario en la última página.

La Ley de No Discriminación de la Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) nos prohíbe solicitar/requerir información genética de una persona o un miembro de la familia de la persona, excepto si está expresamente permitido por la GINA. Le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder esta solicitud de información médica. "Información genética" incluye la historia clínica familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas, el hecho de que una persona o un familiar buscaron o recibieron servicios genéticos e información genética de un feto cargado por una persona/familiar o un embrión cargado legalmente por una persona/familiar que recibe servicios de asistencia reproductiva.

Nombre y dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica/especialidad médica: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### PARTE A: HECHOS MÉDICOS

1. Fecha aproximada de inicio de la afección: \_\_\_\_\_

Duración probable de la afección: \_\_\_\_\_

##### Marque las opciones de abajo según corresponda:

¿El paciente fue admitido para pasar la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial?

No  Sí Si es así, fechas de admisión:

\_\_\_\_\_

Fechas en que trató al paciente por la afección:

\_\_\_\_\_

¿El paciente necesita realizar visitas de tratamiento por lo menos dos veces al año debido a la afección?

No  Sí

¿Se recetaron medicamentos, además de aquellos de venta libre?  No  Sí

¿El paciente fue derivado a otros proveedores de atención médica para realizar una evaluación o tratamiento (p.ej, fisioterapia)? No  Sí Si es así, indique la naturaleza de tales tratamientos y su duración prevista:

\_\_\_\_\_

2. ¿La afección médica es embarazo?  No  Sí Si es así, fecha esperada de parto: \_\_\_\_\_

3. Utilice la información proporcionada por la oficina de empleo en la Sección I para responder esta pregunta. Si la oficina de empleo no puede proporcionar una lista de las funciones esenciales del empleado o una descripción del trabajo, responda estas preguntas con base en la propia descripción del empleado de sus funciones de trabajo.

¿El empleado es incapaz de realizar sus funciones de trabajo debido a la afección?  No  Sí

Si es así, identifique las funciones de trabajo que el empleado no puede realizar:

---

4. Describa otros hechos médicos pertinentes, en su caso, en relación con la afección por la cual el empleado busca una licencia (tales hechos médicos pueden incluir síntomas, diagnóstico o cualquier régimen de tratamiento continuo, tal como el uso de un equipo especializado):

---

---

---

---

---

---

### PARTE B: CANTIDAD DE LICENCIA NECESARIA

5. ¿El empleado estará incapacitado por un solo período continuo debido a su afección médica, incluido el tiempo para el tratamiento y la recuperación?  No  Sí

Si es así, estime la fecha inicial y final del período de incapacidad: \_\_\_\_\_

6. ¿El empleado deberá asistir a citas de seguimiento de tratamiento o trabajar a tiempo parcial o en un horario reducido debido a su afección médica?  No  Sí

Si es así, ¿los tratamientos o la reducción de la cantidad de horas de trabajo son necesarios?  No  Sí

Estime el cronograma de tratamiento, en su caso, incluidas las fechas de las citas programadas y el tiempo requerido para cada cita, y cualquier período de recuperación:

---

Estime el cronograma de trabajo reducido o de tiempo parcial que el empleado necesita, en su caso:

\_\_\_\_\_ horas al día; \_\_\_\_\_ días por semana desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

7. ¿La afección le causará brotes episódicos que eviten periódicamente que el empleado desempeñe sus funciones de trabajo?  No  Sí

¿Es médicamente necesario para el empleado ausentarse del trabajo durante los brotes?  No  Sí

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

---

Sobre la base de la historia clínica del paciente y su conocimiento de la afección médica, estime la frecuencia de los brotes y la duración de la incapacidad relacionada que el paciente puede tener en los próximos seis meses (p.ej, un episodio que dura uno a dos días cada tres meses):

