

# Oficina de Cumplimiento

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

## Certificación de Lesión o Enfermedad Graves de un Militar Actual -para la Licencia Familiar Militar

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

### Formulario F

### Notificación para 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 licencia FMLA debido a una enfermedad o lesión graves de un militar actual que presente una certificación que proporcione hecho suficientes para respaldar la solicitud de licencia. 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 825.310. Las oficinas de empleo por lo general deben mantener registros y documentos relacionados con certificaciones médicas, recertificaciones o historiales médicos de los empleados o familiares 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.

### SECCIÓN I: Para que lo complete el EMPLEADO o el MILITAR ACTUAL para quien el Empleado está Solicitando la Licencia

**INSTRUCCIONES para el EMPLEADO o MILITAR ACTUAL:** Complete la Sección I antes de completar la Sección II. La FMLA, según fuera aplicable por la CAA, permite que una oficina de empleo requiera que un empleado presente una certificación oportuna, completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia FMLA debido a una lesión o enfermedad graves de un militar. Si la oficina de empleo lo solicita, se requiere su respuesta para obtener o conservar el beneficio de la licencia protegida por la FMLA. El no hacerlo puede resultar en una denegación de la solicitud de licencia FMLA de un empleado. Normativas de la Junta en 825.310(g)

La oficina de empleo debe proporcionarle al empleado al menos 15 días calendario para devolver este formulario a la oficina de empleo.

**SECCIÓN II: Para que lo complete un PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL DEPARTAMENTO DE DEFENSA DE LOS ESTADOS UNIDOS ("DOD", por sus siglas en inglés) que sea: (1) un proveedor de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos ("VA", por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos; (2) un proveedor de atención médica privado autorizado de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; (3) un proveedor de atención médica privado autorizado fuera de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; o (4) un proveedor de atención médica tal como se define en la normativa de la OOC en 825.125.**

**INSTRUCCIONES para el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:** El empleado que aparece en la página 2 ha solicitado licencia FMLA, según fuera aplicable por la CAA, para cuidar a un familiar que es miembro actual de las Fuerzas Armadas Regulares, la Guardia Nacional o la Reserva que se somete a tratamiento médico, recuperación o terapia, que está en estado de paciente externo, o está de otro modo en la lista de retirados por incapacidad temporal por una lesión o enfermedad graves. A los efectos de la licencia FMLA, una lesión o enfermedad graves es

una que se haya contraído en el cumplimiento del deber en servicio activo en las Fuerzas Armadas o que existía antes del comienzo del servicio activo del miembro y se vio agravada por el servicio en el cumplimiento del deber en servicio activo en las Fuerzas Armadas que pueden hacer que el militar no sea médicamente apto para desempeñar las funciones de su cargo, grado, rango o calificación.

Una certificación completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia FMLA debido a una lesión o enfermedad graves de un militar cubierto incluye documentación escrita que confirme que la lesión o enfermedad del militar fueron causadas en el cumplimiento del deber en servicio activo o, si no, que la lesión o enfermedad del militar actual existían antes del inicio del servicio activo del militar y se vieron agravadas por el cumplimiento del deber en servicio activo en las Fuerzas Armadas, y que el militar actual está realizando tratamiento para tal enfermedad o lesión con un profesional de atención médica mencionado anteriormente. 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 del militar 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), o servicios genéticos tal como se define en 29 C. F. R. §1635.3(e).

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.

## **SECCIÓN I: Para que lo complete el EMPLEADO o el MILITAR ACTUAL para quien el Empleado está Solicitando la Licencia:**

(Esta sección debe completarse antes de que un profesional de atención médica complete cualquiera de las siguientes secciones).

### **Parte A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

Nombre y Dirección de la Oficina de Empleo (esta es la oficina de empleo del empleado que solicita licencia para cuidar al militar actual):

---

Nombre del Empleado que Solicita Licencia para Cuidar a un Militar Actual:

---

Nombre del Militar Actual (para quien el empleado está solicitando licencia para cuidar):

---

Vínculo del Empleado con el Militar Actual:

Cónyuge       Padre/Madre       Hijo       Hija       Familiar más Cercano

## Parte B: INFORMACIÓN DEL MILITAR

- (1) ¿El militar es un miembro actual de las Fuerzas Armadas regulares, la Guardia Nacional o la Reserva?  
 Sí  No

En caso afirmativo, proporcione la rama militar, el rango y la unidad del militar asignado actualmente a:

---

¿El militar está asignado a un centro de tratamiento médico militar como paciente ambulatorio o a una unidad establecida con el propósito de proveer mando y control de los miembros de las Fuerzas Armadas que reciben atención médica como pacientes externos (tales como un centro médico de contención para heridos en batalla o una unidad de transición de soldados)?

Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre del centro o unidad de tratamiento médico:

- 
- (2) ¿El militar está en la Lista de Retirados por Incapacidad Temporal (TDRL, por sus siglas en inglés)?  
 Sí  No

## Parte C: CUIDADO A PROPORCIONAR AL MILITAR

Describa el cuidado a proporcionar al militar actual y una estimación de la licencia necesaria para proporcionar dicho cuidado:

---

---

**SECCIÓN II: Para que lo complete un Proveedor de Atención Médica del Departamento de Defensa de los Estados Unidos ("DOD", por sus siglas en inglés) que sea: (1) un proveedor de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos ("VA", por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos; (2) un proveedor de atención médica privado autorizado de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; (3) un proveedor de atención médica privado autorizado fuera de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; o (4) un proveedor de atención médica tal como se define en la normativa de la OOC en 825.125.**

**Si no puede hacer algunas de las determinaciones de carácter militar que figuran a continuación en la Parte B, se le permite confiar en las determinaciones de un representante autorizado del Departamento de Defensa (como un coordinador de cuidados de recuperación del Departamento de Defensa).**

(Asegúrese de que la Sección I que aparece arriba esté completa antes de completar esta sección. Asegúrese de firmar el formulario en la última página).

## Parte A: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre y Dirección Comercial del Proveedor de Atención Médica:

---

Tipo de Práctica/Especialidad Médica:

---

Indique si usted es: (1) un proveedor de atención médica del Departamento de Defensa; (2) un proveedor de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos ("VA", por sus siglas en inglés); (3) un proveedor de atención médica privado autorizado de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; (4) un proveedor de atención médica privado autorizado fuera de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; o (5) un proveedor de atención médica tal como se define en la normativa de la OOC en 825.125.

---

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### PARTE B: ESTADO DE SALUD

(1) La afección médica del militar actual se clasifica como (marque una de las casillas correspondientes):

**Muy Gravemente Enfermo (VSI, por sus siglas en inglés)/Lesionado:** la enfermedad/lesión es de tal gravedad que la vida está en peligro inminente. Se solicita que los miembros de la familia se acerquen a la cama de inmediato. (Tenga en cuenta que esta es una designación interna de la asistencia a víctimas del Departamento de Defensa utilizada por sus proveedores de atención médica).

**Gravemente Enfermo (SI, por sus siglas en inglés)/Lesionado:** la enfermedad/lesión es de tal gravedad que hay motivo de preocupación inmediata, pero la vida no está en peligro inminente. Se solicita que los miembros de la familia se acerquen a la cama. (Tenga en cuenta que esta es una designación interna de la asistencia a víctimas del Departamento de Defensa utilizada por sus proveedores de atención médica).

**OTROS Enfermos/Lesionados:** una lesión o enfermedad graves que pueden hacer que el militar no sea médicamente apto para desempeñar las funciones de su cargo, grado, rango o calificación.

**NINGUNA DE LAS ANTERIORES** (Nota para el Empleado: si se marca esta casilla, usted todavía puede ser elegible para tomar una licencia para cuidar a un familiar cubierto con una "afección grave de salud" en virtud de 825.113 de la FMLA, según fuera aplicable por la CAA. Si se solicita dicha licencia, se le puede pedir que complete el formulario de certificación opcional de la OOC (Formulario B) o un formulario proporcionado por la oficina de empleo que solicite la misma información).

(2) ¿El militar actual está siendo tratado por una afección que se haya producido o agravado en el cumplimiento de su deber en servicio activo en las Fuerzas Armadas?  Sí  No

(3) Fecha aproximada de inicio de la afección: \_\_\_\_\_

(4) Duración probable de la afección o necesidad de cuidado: \_\_\_\_\_

(5) ¿El militar está realizando un tratamiento médico, de recuperación o terapia para esta afección?  
 Sí  No

En caso afirmativo, describa el tratamiento médico, de recuperación o la terapia:

---

**PARTE C: NECESIDAD DE CUIDADOS DEL MILITAR POR PARTE DE UN FAMILIAR**

- (1) ¿El militar necesitará cuidado por un solo período continuo, incluido el tiempo para el tratamiento y la recuperación?  Sí  No

Si es así, estime la fecha inicial y final de este período:

\_\_\_\_\_

- (2) ¿El militar requerirá citas periódicas de seguimiento del tratamiento?  Sí  No

Si es así, estime el esquema de tratamiento: \_\_\_\_\_

- (3) ¿Hay una necesidad médica para que el militar reciba cuidado periódico para estas citas de seguimiento del tratamiento?  Sí  No.

- (4) ¿Hay una necesidad médica para que el militar reciba cuidado periódico para otras cosas que no sean las citas programadas de seguimiento del tratamiento (*p.ej.*, brotes episódicos de la afección médica)?  
 Sí  No.

En caso afirmativo, estime la frecuencia y la duración del cuidado periódico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Proveedor de Atención Médica:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_