

# Oficina de Cumplimiento

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

## Certificación del Proveedor de Atención Médica para la Afección Grave de Salud del Familiar

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

### Formulario B

#### 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 para cuidar a un familiar cubierto con una afección grave de salud que presente una certificación médica expedida por el proveedor de atención médica del familiar cubierto. 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 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.

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

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

**INSTRUCCIONES para el EMPLEADO:** Complete la Sección II antes de entregar este formulario a su familiar o a su proveedor de atención médica. La FMLA, según fuera aplicable por la CAA, permite que una oficina de empleo requiera que usted presente una certificación médica oportuna, completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia FMLA para cuidar a un familiar cubierto con una 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 calendario para devolver este formulario. Normativas de la OOC en 825.305(b).

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

Nombre del familiar a quien usted cuidará: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

Vínculo del familiar con usted: \_\_\_\_\_

Si el familiar es su hijo o hija, fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Describa la atención que proporcionará a su familiar y estime la licencia necesaria para eso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

**INSTRUCCIONES para el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:** El empleado indicado arriba ha solicitado licencia conforme a la FMLA, según fuera aplicable por la CAA, para cuidar a su paciente. Responda todas las partes aplicables a continuación 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 paciente necesita 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 Página 3 proporciona espacio para información adicional, en caso de que lo necesite. 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: \_\_\_\_\_

¿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: \_\_\_\_\_

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

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

No  Sí

¿El paciente fue derivado a otros proveedores de atención médica para realizar una evaluación o tratamiento (p.ej, fisioterapeuta)?

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

---

---

---

---

**PARTE B: CANTIDAD DE CUIDADO NECESARIO:** Al responder estas preguntas, tenga en cuenta que las necesidades de su paciente para recibir cuidado por parte del empleado que solicita una licencia pueden incluir ayuda con las necesidades básicas médicas, higiénicas, nutricionales, de seguridad o de transporte o la prestación de atención física o psicológica:

4. ¿El paciente estará incapacitado por un solo período continuo, incluido el tiempo para el tratamiento y la recuperación?  No  Sí

Estime la fecha inicial y final del período de incapacidad: \_\_\_\_\_

Durante este tiempo, ¿el paciente necesitará cuidado?  No  Sí

Explique el cuidado necesario por parte del paciente y por qué dicho cuidado es médicamente necesario: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

5. ¿El paciente requerirá tratamientos de seguimiento, incluido tiempo para la recuperación?  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:

---

Explique el cuidado necesario por parte del paciente y por qué dicho cuidado es médicamente necesario: \_\_\_\_\_

---

6. ¿El paciente requiere cuidado sobre una base de cronograma intermitente o reducido, incluido el tiempo para la recuperación?  No  Sí

Estime las horas que el paciente necesita cuidado de manera intermitente, en su caso:

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

Explique el cuidado necesario por parte del paciente y por qué dicho cuidado es médicamente necesario: \_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor de Atención Médica

\_\_\_\_\_  
Fecha: