

# CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

Ley de Derechos de Familia de California (CFRA) o la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA)



**NOTA IMPORTANTE:** La Ley de No Discriminación de Información Genética de California del 2011 (CalGINA) prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas, solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto si está permitido específicamente según la ley. *Para cumplir la Ley de No Discriminación por Información Genética (CalGINA), le pedimos que no dé ninguna información genética cuando responda a esta solicitud de información médica.* La "información genética", tal como ha sido definida por CalGINA, incluye información sobre las pruebas genéticas del individuo o de un miembro de la familia del individuo, información sobre la manifestación de una enfermedad o trastorno de un miembro de la familia del individuo, e incluye información de servicios genéticos o participación en clínicas que incluye servicios genéticos para un individuo o cualquier miembro de la familia del individuo. La "Información genética" no incluye información sobre el sexo o la edad de un individuo.

1. Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

2. Nombre del paciente (Si no es el empleado): \_\_\_\_\_

¿Es el paciente un miembro de la familia del empleado (es decir, hijo, padre, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, pareja de hecho, o persona designada)?

*Nota:* "hijo" incluye un hijo biológico, adoptado, de crianza temporal, un hijastro, un pupilo legal, un hijo de la pareja de hecho del empleado y una persona ante quien el empleado está in loco parentis. "Padre" incluye un padre biológico, de crianza temporal o adoptivo, un suegro, un padrastro, un tutor legal u otra persona que estuvo in loco parentis para el empleado cuando el empleado era un niño. No es necesaria una relación biológica ni legal para que una persona haya estado in loco parentis con el empleado cuando era niño. "Persona designada" significa cualquier individuo relacionado por sangre o cuya asociación con el empleado es equivalente a una relación familiar:

Si  No

3. Fecha en que comenzó la condición médica o necesidad de tratamiento. [NOTA: EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA NO DEBE REVELAR EL DIAGNÓSTICO SUBYACENTE SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE]:

\_\_\_\_\_

4. Duración probable de la condición médica o necesidad de tratamiento: \_\_\_\_\_

5. A continuación se describe lo que constituye una "seria condición médica" bajo la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA) y la Ley de Derechos de Familia de California (CFRA).  
Se puede describir la condición del paciente como una seria condición médica?  Si  No

6. Si la certificación es para la condición de salud grave del empleado, por favor conteste lo siguiente:

¿El empleado es capaz de realizar cualquier tipo de trabajo?  
(Si no, omita la siguiente pregunta.)  Si  No

¿El empleado no es capaz de desempeñar una o más de las funciones esenciales de la posición del empleado? (Responda luego de revisar la declaración del empleador sobre las funciones esenciales de la posición del empleado, o, de no hacerse dicha declaración, después de discutirlo con el empleado.)  Si  No

7. Si la certificación es para el cuidado del miembro de la familia del empleado, por favor conteste lo siguiente:

¿Requiere (o necesitará) el paciente asistencia médica básica, higiene, necesidades nutricionales, seguridad o transporte?  Si  No

Después de revisar la declaración firmada del empleado (vea el punto 10), ¿la condición justifica la participación del empleado? (Esta participación puede incluir el confort psicológico y/o la organización de la atención de terceros para el miembro de la familia.)  Si  No

8. Estime el período de tiempo en el que se necesite la atención o durante el cual la presencia del empleado sería beneficiosa:

\_\_\_\_\_

9. Por favor responda a las siguientes preguntas solamente si el empleado está pidiendo una licencia intermitente o un horario de trabajo reducido.

*Licencia intermitente:* ¿Es médicamente necesario que el empleado esté fuera del trabajo de manera intermitente debido a la condición de salud grave del empleado o del miembro de la familia?  Sí  No

Si la respuesta es sí, sírvase indicar la frecuencia estimada de la necesidad del empleado de ausencia intermitente debido a la condición de salud grave y la duración de dichas ausencias (por ejemplo, 1 episodio cada 3 meses de duración de 1 a 2 días):

*Frecuencia:* \_\_\_\_ horas por \_\_\_\_ semana(s) \_\_\_\_ mes(es) *Duración:* \_\_\_\_ horas o \_\_\_\_ día(s) por episodio

*Horario de ausencia reducida:* ¿Es médicamente necesario que el empleado trabaje menos que el horario de trabajo normal del empleado debido al estado de salud grave del empleado o miembro de la familia?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique el horario de trabajo a tiempo parcial o reducido que el empleado necesita:

*Frecuencia:* \_\_\_\_ hora(s) al día; \_\_\_\_ días por semana, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

*Tiempo libre para citas médicas o tratamiento:* ¿Es médicamente necesario para el empleado tomar tiempo fuera del trabajo para visitas médicas o tratamiento médico, ya sea por un profesional de la salud u otro proveedor de servicios de salud?  Sí  No

Si la respuesta es sí, sírvase indicar la frecuencia estimada de la necesidad de licencia del empleado para visitas médicas o tratamiento médico y el tiempo requerido para cada cita, incluyendo cualquier período de recuperación:

*Frecuencia:* \_\_\_\_ veces por \_\_\_\_ semana(s) \_\_\_\_ mes(es) *Duración:* \_\_\_\_ horas o \_\_\_\_ día(s) por cita/tratamiento

NUMERAL 10 A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO QUE NECESITE LA LICENCIA FAMILIAR.

\*\*\*\*A SER PROVISTO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA BAJO DIFERENTE COBERTURA.

10. Cuando requiera de la licencia médica familiar para un miembro de la familia con una seria enfermedad, el empleado deberá informar qué cuidado el empleado brindará y el tiempo estimado de dicho cuidado, incluido el horario si la licencia se tomará en forma intermitente o con un horario de trabajo reducido:

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

**Nombre en letra de molde de proveedor de atención médica:**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE EMPLEADO

\_\_\_\_\_  
FECHA



# CONDICIÓN DE SALUD GRAVE

Una “condición médica grave” significa una enfermedad, lesión (incluyendo, entre otras, lesiones en el trabajo), discapacidad o condición física o mental del empleado o de un hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, pareja de hecho, o persona designada del empleado que implica atención para pacientes hospitalizados o tratamiento continuo, incluyendo, entre otros, tratamiento por abuso de sustancias. Una condición médica grave puede involucrar uno o más de los siguientes:

## ATENCIÓN HOSPITALARIA

La atención médica por internamiento en un hospital, centro de cuidados paliativos o centro de atención médica residencial, incluido cualquier período de discapacidad o tratamiento subsecuente en conexión o como consecuencia de dicha atención médica por internamiento. Se considera a una persona “internada” cuando el centro médico admite formalmente a dicha persona al centro médico con la expectativa de que la persona por lo menos pasará la noche en el hospital y ocupará una cama, aun cuando luego resulte que dicha persona pueda ser dada de alta o transferida a otro centro médico y no pase la noche en el hospital en última instancia.

## AUSENCIA MÁS TRATAMIENTO

Un período de incapacidad de más de tres días naturales consecutivos (incluido cualquier tratamiento posterior o período de incapacidad relativo a la misma condición), que también implique:

1. Tratamiento dos o más veces por un proveedor de atención médica, por una enfermera o asistente de médico bajo supervisión directa de un proveedor de atención médica, o por un proveedor de servicios de salud (por ejemplo, fisioterapeuta) bajo órdenes de un proveedor de atención médica o recomendado por él; o
2. Tratamiento por un proveedor de atención médica al menos en una ocasión que da como resultado un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión del proveedor de atención médica.

## EMBARAZO

[NOTA: La discapacidad del empleado debida a un embarazo está cubierta como una seria condición médica bajo FMLA, pero no bajo CFRA]

Cualquier período de discapacidad por embarazo o por atención prenatal.

## CONDICIONES CRÓNICAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO

Una afección crónica que:

1. Requiere visitas periódicas para tratamiento por un proveedor de atención médica o por una enfermera o asistente médico bajo supervisión directa de un proveedor de atención médica;
2. Continúa durante un período prolongado de tiempo (incluyendo episodios recurrentes de una sola condición subyacente); y
3. Puede causar episodios en lugar de un período continuo de incapacidad (por ejemplo, asma, diabetes, epilepsia, etc.).

## CONDICIONES PERMANENTES/A LARGO PLAZO QUE REQUIEREN SUPERVISIÓN

Un período de discapacidad que es permanente o de larga duración debido a una condición para la cual el tratamiento puede no ser eficaz. El empleado o miembro de la familia debe estar bajo la supervisión continua de un proveedor de atención médica, sin recibir tratamiento activo. Los ejemplos incluyen Alzheimer, un accidente cerebro vascular grave o las etapas terminales de una enfermedad.

## TRATAMIENTOS MÚLTIPLES (CONDICIONES NO CRÓNICAS)

Cualquier período de ausencia para recibir múltiples tratamientos (incluido cualquier período de recuperación de los mismos) por un proveedor de atención médica o por un proveedor de servicios de atención médica bajo órdenes de un proveedor de atención médica o por remisión por un proveedor de atención médica, u otra lesión, o por una condición que probablemente resultaría en un período de discapacidad de más de tres días consecutivos en ausencia de intervención médica o tratamiento, como cáncer (quimioterapia, radiación, etc.), artritis severa (fisioterapia), o enfermedad renal (diálisis).