**CERTIFICACION MÉDICA – LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre del Empleado:
 | Seguro Social:  |
| 2. Nombre del Paciente:  | Relación con el Empleado:  |
| 3. Condición Seria de Salud:Marque la categoría aplicable a la condición del paciente (condición por la que el empleado solicitó licencia familiar y médica) (1) Cuido en hospitalPor lo menos un día de estadía en hospital, hospicio o cuido médico en la residencia que incluya cualquier tipo de incapacidad (inhabilidad para trabajar o realizar actividades regulares debido a una condición de salud, tratamiento o recuperación) o tratamiento subsiguiente relacionado con el cuido del paciente. (2) Ausencia más tratamientoPeriodo de incapacidad de más de tres días consecutivos (incluye tratamiento subsiguiente o periodo de incapacidad relacionado con la condición) que requiera de un proveedor de servicios médicos:• tratamiento dos o más veces (incluye exámenes para determinar si existe una condición seria de salud y evaluaciones de la condición; no incluye exámenes rutinarios);• tratamiento por lo menos en una ocasión que requiera un régimen de tratamientos continuos (incluye medicinas recetadas o terapia que requiera equipo especial; no incluye medicinas que se adquieren sin receta médica, descanso en cama, tomar líquidos, u otras actividades similares que se pueden realizar sin necesidad de visitar un proveedor de servicios médicos). (3) EmbarazoCualquier periodo de incapacidad debida a embarazo o cuidado prenatal. (4) Condición crónica que requiera tratamientoCondición que:• requiere visitas periódicas para tratamiento por un proveedor de servicios médicos,• se extiende por un periodo de tiempo (incluye episodios recurrentes de la condición),• puede causar episodios de incapacidad (asma, diabetes, epilepsia y otros). (5) Condiciones permanentes o de larga duración que requieren supervisiónPeriodo de incapacidad permanente o de larga duración debido a una condición que no responde a tratamiento. El paciente debe estar bajo supervisión continua, pero no necesita tratamiento activo por un proveedor de servicios médicos (Ejemplos: paciente con Alzheimer, derrame cerebral, etapa terminal de una enfermedad y otros). (6) Tratamientos múltiples (condiciones no-crónicas)Periodo de ausencia para recibir tratamientos múltiples por un proveedor de servicios médicos para:• realizar una cirugía reconstructiva después de un accidente,• una condición que pueda resultar en un periodo de incapacidad por más de tratar tres días consecutivos de no efectuarse una intervención médica o tratamiento, tales como : cáncer (quimioterapia o radioterapia), artritis severa (terapia física) o enfermedad del riñón (diálisis).  |

Continúa al Dorso

''Somos un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo y no discriminamos por razón de raza, color, sexo, edad, origen social o nacional, condición social, afiliación política, ideas políticas o religiosas, impedimento físico, mental o ambos o condición de veterano."

2

|  |
| --- |
| 1. Duración de la Condición, Incapacidad y Tratamientos
	1. Fecha aproximada de comienzo de la condición:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Necesita tratamientos adicionales para la condición? ( ) Sí ( ) No
	3. Indique si la condición (incluye tratamientos) requiere que el empleado se ausente de su trabajo de forma:

 ( ) Continua (días consecutivos) ( ) Intermitente (intervalos de días o semanas) ( ) Reducida (cierto número de horas al día) Duración aproximada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* 1. Si el paciente puede realizar el trabajo en forma limitada, indique lo que es contraindicado para su condición: (cuando el empleado es el paciente)
 |
| 5. Cuidado a Familiar Inmediato o Nacimiento de Hijo(a) a. Si la licencia se solicita por el nacimiento de un hijo(a), indique la fecha aproximada o fecha del nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ b. Si la licencia se solicita para cuidar a un familiar inmediato con una condición seria de salud, indique si el paciente requiere ayuda para sus necesidades básicas personales o médicas, su seguridad o su transportación: ( ) Sí ( ) No c. Si la contestación es no, indique si la presencia del empleado dará seguridad sicológica al paciente o ayudará a su recuperación: ( ) Sí ( ) No d. Si el paciente necesita cuidado intermitente o de forma parcial, indique la posible duración de éste:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre del Proveedor de Servicios Médicos (en letra de molde): |
| Firma: |
| Especialización: |
| Número de Licencia: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Fecha: |