**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 hospital  Por 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 tratamiento  Periodo 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) Embarazo  Cualquier periodo de incapacidad debida a embarazo o cuidado prenatal.  (4) Condición crónica que requiera tratamiento  Condición 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 supervisión  Periodo 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: |