



Junta Directiva del Distrito Escolar del Condado de Pasco
Certificación del médico
(Ley de Ausencia por Razones Médicas de la Familia, 1993)

A ser completada solamente por un médico o un miembro de su personal designado

1. Nombre del empleado: _____
2. Nombre del paciente (si el paciente es un familiar del empleado): _____
Parentesco con el empleado (hijo/a, padre, madre, esposo/a): _____
Si se solicita la ausencia por un hijo/a, ¿tiene 17 o menos años de edad?: _____
3. La hoja adjunta describe lo que es una “condición médica grave” según la Ley de Ausencia por Razones Médicas de la Familia. ¿Califica la condición del paciente bajo alguna de las categorías descritas? En caso positivo, por favor marque la categoría que corresponda:
(1)____(2)____(3)____(4)____(5)____(6)____, o ninguna de ellas _____
4. Describa los hechos médicos que apoyan su certificación e incluya una breve explicación de cómo los hechos médicos satisfacen el criterio de una de esas categorías: _____

5.
 - a. Indique la fecha aproximada en que la condición comenzó, y la probable duración de la condición (también la probable duración de la actual incapacidad del paciente², si diferente): _____

 - b. ¿Sería necesario que el empleado trabaje intermitentemente o en un horario reducido como resultado de la condición (incluso por el tratamiento descrito en el #6 abajo)? _____
 - c. Si la condición es una condición crónica (condición #4) o embarazo, diga si el paciente está actualmente incapacitado² y la duración y frecuencia probables de los episodios de incapacidad²: _____

6.
 - a. Si se requerirán tratamientos adicionales para la condición, estime el probable número de tales tratamientos: _____

Si el paciente estará ausente del trabajo o de otras actividades diarias debido al tratamiento o sobre una base intermitente o parcial, provea un estimado del número e intervalos probables de tal tratamiento, las fechas actuales o estimadas del tratamiento si se conocen, y el periodo requerido para recuperación. _____

 - b. Si alguno de esos tratamientos serán provistos por otro proveedor de servicios de salud (p.ej. terapeuta físico) por favor indique la naturaleza de los tratamientos: _____

¹ Aquí y en cualquier otro lugar en este formulario, la información que se busca es solamente sobre la condición por la que el empleado está tomando la ausencia.

² “Incapacidad”, para propósitos de la ley FMLA, se define como la inhabilidad para trabajar, asistir a escuela o desempeñar otras actividades diarias regulares debido a una condición grave de salud, el tratamiento correspondiente, o la recuperación subsecuente.

c. Si se requiere un régimen de tratamiento continuado para el paciente bajo su supervisión, provea una descripción general de tal régimen (p.ej. medicamentos recetados, terapia física que requiera equipos especiales): _____

7. a. Si se requiere una ausencia del trabajo del empleado por razones médicas, debido a una condición propia del empleado (incluyendo ausencias debido a embarazo o condición crónica), ¿es el empleado incapaz de desempeñar ningún tipo de trabajo? _____

b. Si el empleado es capaz de trabajar, ¿cuáles funciones esenciales de trabajo es el empleado incapaz de desempeñar?

c. Si "a" o "b" no corresponden, ¿es necesario que el empleado se ausente del trabajo para recibir tratamiento? _____

8. a. Si la ausencia es requerida para cuidar a un familiar con una condición grave de salud, ¿requiere ese familiar ayuda para necesidades médicas básicas, necesidades personales, seguridad personal, o para transportación? _____

b. Si no, sería la presencia del empleado beneficiosa para dar confort psicológico al paciente o para ayudarlo en su recuperación? _____

c. Si el paciente necesitará cuidado de forma intermitente o parcial, por favor indique la probable duración de tal necesidad: _____

Fecha del examen(es) en el que se basa esta información: _____

Nombre escrito del médico

Fecha en que firma

Firma del médico

Tipo de práctica

Dirección (número y calle)

Número de teléfono

Ciudad, estado y código postal

*La sección abajo debe ser completada por el empleado solamente si la ausencia se solicita para cuidar a un familiar.
Añada hojas adicionales si fuese necesario.*

Indique el tipo de cuidado y el periodo de tiempo durante el cual usted proveerá tal cuidado. Incluya una programación si la ausencia se tomará de forma intermitente o por ser necesario que usted trabaje menos de la jornada completa.

Firma del empleado

Fecha

Una “condición grave de salud” significa una enfermedad, herida, impedimento o condición física o mental que involucra uno de lo siguiente:

1. **Cuidado en el hospital**

Cuidado ingresado (p.ej. por la noche) en un hospital, asilo o instalación de cuidado médico residencial, incluyendo cualquier periodo de incapacidad² o tratamiento subsecuente relacionado con, o resultado de, tal cuidado ingresado.

2. **Ausencia reiterada por tratamiento (Plus)**

(a) Un periodo de incapacidad² por más de tres días calendario consecutivos (incluyendo cualquier tratamiento o periodo de incapacidad² subsecuentes relacionado con la misma condición) que también involucra:

- (1) Tratamiento³ dos o más veces por un médico, o por una enfermera o un asistente de médico bajo la supervisión directa de un médico, o por un proveedor de servicios de cuidados de la salud (p.ej. terapeuta físico) bajo órdenes de, o referido por, un médico; o
- (2) Tratamiento por un médico por lo menos en una ocasión, que tuvo como resultado un régimen de tratamiento⁴ continuado bajo la supervisión de un médico.

3. **Embarazo**

Cualquier periodo de incapacidad debido a embarazo o cuidado prenatal.

4. **Condiciones crónicas que requieren tratamiento**

Una condición crónica que:

- (1) Requiera visitas periódicas para tratamiento por un médico, o por una enfermera o asistente de médico bajo la supervisión directa de un médico.
- (2) Continúe por un periodo extendido de tiempo (incluyendo episodios recurrentes de una condición única subyacente); y
- (3) Pudiera causar episodios en vez de un periodo de incapacidad² continuada (p.ej. asma, diabetes, epilepsia, etc.)

5. **Condiciones permanentes/por largo término que requieran supervisión**

Un periodo de incapacidad² que es permanente o por largo término debido a una condición en la que el tratamiento pudiera no ser efectivo. El empleado o familiar debe estar bajo supervisión constante de, pero no necesita recibir tratamiento activo de, un médico. Ejemplos incluyen Alzheimer, un derrame cerebral grave, o las fases terminales de una enfermedad.

6. **Tratamientos múltiples (Condiciones no-crónicas)**

Cualquier periodo de ausencia para recibir tratamientos múltiples (incluyendo cualquier periodo de recuperación subsecuente) por un médico o por un proveedor de cuidados de salud bajo órdenes de, o referido por, un médico, ya sea por cirugía restaurativa después de un accidente o herida, o por una condición que pudiera tener como resultado un periodo de incapacidad² por más de tres días calendario consecutivos en ausencia de intervención médica o tratamiento, tales como cáncer (quimioterapia, radiación, etc.), artritis severa (terapia física), o enfermedad renal (diálisis).

³ Tratamiento incluye exámenes para determinar si existe una condición grave de salud y evaluaciones de tal condición. Tratamiento no incluye exámenes médicos de rutina, examen de la vista, o exámenes dentales.

⁴ Un régimen de tratamiento continuado incluye, por ejemplo, un periodo de administración de medicamentos con receta (p.ej. un antibiótico) o terapia que requiera equipos especiales para resolver o aliviar la condición de salud. Un régimen de tratamiento no incluye la toma de medicamentos de venta sin receta, tales como aspirina, antihistamínicos, o ungüentos; o reposo en cama, toma de líquidos, ejercicios y otras actividades similares que puedan iniciarse sin tener que visitar a un médico.