

**Certificacion de Proveedor Medico**  
**Estado de Salud del Empleado**  
*Ley de Ausencia Familiar y Medica de 1993 ("FMLA")*

**SECCION I: Esta seccion debe llenarla el EMPLEADO(A)**

**INSTRUCCIONES AL EMPLEADO(A):** Por favor complete la Seccion I antes de darle esta forma a su proveedor medico. La ley de FMLA permite que la Universidad le requiera a usted que presente suficiente informacion en la forma de una certificacion medica, de una manera oportuna y completa, para respaldar una solicitud de ausencia bajo la FMLA, a causa de su propia condicion medica seria. Esta certificacion es requerida para obtener o retener el beneficio de protecciones de FMLA. 29U.S.C.26132614(c)(3). No proporcionar una certificacion medica completa o con informacion suficiente puede resultar en la denegacion de su solicitud de FMLA. 20C.F.R.825.313. Su solicitud completa debe ser devuelta al equipo que maneja ausencias en la Universidad dentro de 15 dias naturales. 29.C.F.R.825.305(b)

**Nombre del Empleado(a):** \_\_\_\_\_

**Numero de Identificacion de Trabajo:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a un representante de la Universidad de Utah en la Division de Recursos Humanos para contactar a mi proveedor medico con el proposito de clarificar y/o verificar la autenticidad de esta Certificacion de Proveedor Medico.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado(a)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**SECCION II: Esta seccion debe llenarla el PROVEEDOR MEDICO**

**Instrucciones al PROVEEDOR MEDICO:** Su paciente a solicitado una ausencia bajo la FMLA. Por favor responda de manera completa todas las secciones correspondientes. Varias preguntas buscan una respuesta relacionada a la frecuencia o duracion de la condicion, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su mejor estimado basado en su conocimiento medico, experiencia, y examinacion del paciente. Sea tan especifico(a) como pueda. Terminos tales como "toda la vida", "desconocido", "indeterminado" quizas no sea suficiente para determinar cobertura de FMLA. Limite sus respuestas a la condicion por la cual el empleado(a) esta pidiendo ausencia en el trabajo. De conformidad a la Acta de No Discriminacion de Informacion Genetica del 2008 (GINA), por favor no incluya declaraciones acerca de pruebas geneticas o ninguna informacion genetica o historia familiar en respuesta a esta solicitud de informacion medica. Por favor asegurese de firmar esta forma en la ultima pagina.

**Nombre del Proveedor Medico:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Practica/Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Direccion de Negocio:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**PARTE A: HECHOS MEDICOS PARA DETERMINAR SI EXISTE UNA CONDICION DE SALUD GRAVE**

Fecha aproximada en que empezo la condicion: \_\_\_\_\_

Duracion probable de la condicion (si se sabe): \_\_\_\_\_

1. Fue admitido el paciente para quedarse por la noche en un hospital, centro de hospicio, o de atencion medica residencial?  
No  Si, incluya las fechas de admision: \_\_\_\_\_
2. Fecha(s) en que usted trato al paciente por la condicion:
3. Va a necesitar visitas de tratamiento el paciente al menos dos veces por año debido a la condicion?  
 No  Si, Hay citas disponibles fuera de las horas de trabajo del empleado(a)?  No  Si
4. Fue prescrito medicina, aparte de medicamentos de receta?  No  Si

5. Se refirió al paciente a otro(s) proveedor médico para evaluación o tratamiento médico (p.ej terapia física)?  
 No  Si Declare la naturaleza de tales tratamientos y la duración esperada de tratamiento:
6. Es embarazo la condición médica?  No  Si Cual es la fecha estimada de alumbramiento?: \_\_\_\_\_
7. Provea otros hechos médicos relacionados a la condición para la cual el empleado(a) está solicitando ausencia de trabajo (tales hechos médicos pueden incluir síntomas, diagnóstico, o cualquier régimen de tratamiento continuo, tal como el uso de equipo especializado):
8. Es el empleado(a) incapaz de realizar alguna de sus funciones de trabajo debido a la condición?:  
 No  Si Identifique las funciones de trabajo que el empleado(a) es incapaz de realizar (si no se le ha provisto una lista de funciones esenciales o una descripción de trabajo, por favor conteste esta pregunta basado en la descripción del empleado, acerca de sus funciones de trabajo):

#### **PARTE B: CANTIDAD DE AUSENCIA NECESARIA**

9. Estará incapacitado<sup>1</sup> el empleado(a) por un periodo continuo de tiempo debido a su condición médica, incluyendo cualquier periodo necesario para tratamiento y recuperación?  
 No  Si Estime las fechas asociadas con el principio y final de este periodo de incapacidad continua:
10. Necesitará el empleado(a) asistir a citas para tratamiento de seguimiento debido a la condición médica?  
 No  Si Provea un horario estimado de tratamiento, si habrá tratamiento de seguimiento alguno, incluyendo las fechas o la frecuencia de citas agendadas, y el tiempo requerido para cada cita, incluyendo cualquier periodo de recuperación:
11. Necesitará el empleado(a) trabajar medio tiempo o un horario de trabajo reducido debido a la condición médica?  
 No  Si Provea un estimado de trabajo de medio tiempo, o horario reducido que el empleado(a) necesita, incluyendo las horas que puede trabajar por día y días por semana, así como las fechas estimadas desde principio a fin en que el empleado(a) necesitará trabajar medio tiempo, u horario reducido:

<sup>1</sup> "Incapacidad" para los propósitos de la FMLA, es definida como inhabilidad de trabajar, asistir a la escuela, o realizar otras actividades diarias regulares debido a la condición médica seria, tratamiento, y recuperación.

12. Causara la condicion brotes episodicos que impidan periodicamente que el empleado realice sus funciones laborales?

No  Si Explique por que es medicamento necesario que el empleado(a) este ausente del trabajo durante los brotes:

Basado en la historia medica del empleado y su conocimiento de la condicion medica, provea un estimado de la frecuencia de brotes y la duracion de la incapacidad relacionada a los brotes, que el paciente pueda tener en los siguientes 6 meses (p.ej. 1 brote cada 3 meses durando de 1-2 dias):

Frecuencia: \_\_\_\_\_ vez(veces)por \_\_\_\_\_(semana/mes/año)

Duracion: \_\_\_\_\_ hora(s) o \_\_\_\_\_ dia(s) por brote

**PARTE C: INFORMACION ADICIONAL:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Firma del Proveedor Medico**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**