



Solicitud de Beneficio de la Reserva de Ausencias por condiciones de emergencia - Certificado del proveedor de atención médica

Gerencia de Prestaciones y Ausencias
1616 Guadalupe St, Suite 3.408
Austin, TX 78701
Teléfono: 512-475-8099 Fax: 512-471-7008

Revisión 8/2018

Nombre del empleado

Nombre del paciente (si no es el mismo que el empleado)

Para llenado por parte del PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Conteste de manera completa todas las partes aplicables. Su respuesta debe ser su mejor estimación con base en su conocimiento médico, experiencia y la exploración al paciente. Sea lo más específico posible; términos como "desconocido" o "indeterminado" pueden ser insuficientes para decidir si se cumplen los criterios de la reserva de ausencias por enfermedad. Asegúrese de firmar el formulario en la última hoja.

Parte A: HECHOS MÉDICOS

Las afecciones elegibles para que se otorguen adjudicaciones de la reserva de ausencias por enfermedad deben considerarse de emergencia. En términos de la reserva de ausencias por enfermedad, el embarazo y las cirugías programadas no se consideran condiciones de emergencia, excepto si surgen complicaciones que pongan en riesgo la vida como consecuencia de ellos.

1. ¿La afección del paciente califica según lo siguiente? [ ] Sí [ ] No Si es así, marque todas las que correspondan:

- [ ] Conducirá a la muerte si no se trata prontamente
[ ] Conducirá a la pérdida de un brazo, pierna o un anejo importante si no se trata prontamente
[ ] Conducirá a la incapacidad permanente de ambular por sí mismo si no se trata prontamente
[ ] Conducirá a la pérdida o limitación significativa del sentido del tacto, del oído o de la vista
[ ] La afección mental o conductual provoca que el paciente no pueda cuidarse a sí mismo
[ ] Se le ha declarado un peligro para sí mismo u otros

Si contestó que no, DETÉNGASE AQUÍ. La afección no califica para una adjudicación de la reserva de ausencias por enfermedad. Puede ser que el empleado sí califique para FMLA sin pago u otras opciones de ausencias. El empleado debe ponerse en contacto con Recursos Humanos para analizar todas las demás opciones de ausencias disponibles.

2. ¿La afección se deriva del empleo actual del empleado? [ ] Sí [ ] No

Si es así, DETÉNGASE AQUÍ. Las enfermedades o lesiones ocupacionales relacionadas con el empleo actual no son elegibles para una adjudicación de la reserva de ausencias por enfermedad. Es posible que el empleado califique para otras prestaciones bajo el programa de compensación al trabajador. El empleado debe ponerse en contacto con su gerente para informarle acerca de la afección relacionada con el trabajo.

3. Condiciones de emergencia

- a. Diagnóstico primario
b. Diagnóstico secundario
c. Otros diagnósticos

4. Fechas aproximadas de comienzo de la afección y en las que trató al paciente:

¿Se ingresó recientemente al paciente a un hospital en donde pasó la noche, unidad de cuidados paliativos o en un centro de atención médica? [ ] Sí [ ] No

Si es así, coloque la fecha de ingreso

5. ¿Se requiere una cirugía para salvarle la vida? [ ] Sí [ ] No Si es así, proporcione la fecha de la cirugía \_\_\_\_\_ y el tipo de procedimiento(s):

[Empty box for providing surgery details]



Solicitud de Beneficio de la Reserva de Ausencias por condiciones de emergencia - Certificado del proveedor de atención médica

Gerencia de Prestaciones y Ausencias
1616 Guadalupe St, Suite 3.408
Austin, TX 78701
Teléfono: 512-475-8099 Fax: 512-471-7008

Revisión 8/2018

6. Si la solicitud a la reserva de ausencias por enfermedad se debe a una afección mental o conductual, proporcione el puntaje de la Evaluación global del funcionamiento global (GAF por sus siglas en inglés) más reciente. Puntaje de GAF: \_ Fecha de la última GAF: \_\_\_\_\_

7. Describa otros hechos médicos relevantes, en su caso, relacionados con la afección por la cual el paciente busca una adjudicación de la reserva de ausencias por enfermedad (tales hechos pueden incluir síntomas, medicamentos o cualquier régimen de tratamiento continuo, por ejemplo, citas para radiación o quimioterapia):

[Empty box for medical details]

Es posible que se requieran hallazgos que sustenten la naturaleza de emergencia de la condición, tales como resultados de laboratorio, o resúmenes de ingreso o alta. Servicios de Recursos Humanos se pondrá en contacto con el empleado si se requieren.

Parte B: CANTIDAD DE AUSENCIAS NECESARIAS

8. ¿El empleado/su familiar estará incapacitado por un solo periodo continuo de tiempo debido a su afección médica, incluyendo el tiempo para su tratamiento y recuperación?  Sí  No

Si es así, calcule las fechas de inicio y finalización del periodo de la incapacidad: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización

9. ¿El empleado necesitará trabajar medio tiempo o con un horario reducido debido a la afección médica?  Sí  No

Calcule el medio tiempo u horario de trabajo reducido que requiere el empleado para atender su propia afección o la de su familiar, en caso necesario:

\_\_\_\_ Hora(s) al día; \_\_\_\_\_ días a la semana del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Fecha de inicio Fecha de finalización

10. Si la ausencia del empleado se requiere para que atienda a un familiar inmediato con una condición de emergencia, ¿cuáles son las necesidades del paciente que involucran al empleado? (Marque todas las opciones correspondientes)

- Asistencia médica  Transporte
 Apoyo psicológico  Ayuda con actividades de la vida cotidiana

11. ¿La afección provocará exacerbaciones periódicas que impidan que el empleado asista al trabajo?  Sí  No

Calcule la frecuencia de las exacerbaciones y la duración de la incapacidad relacionada que podría presentar el paciente en los próximos 6 meses (por ejemplo, 1 episodio cada 3 meses que dure 1 o 2 días):

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

Parte C: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA LICENCIADO

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Domicilio comercial: \_\_\_\_\_

Tipo de consultorio/Especialidad médica \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aviso sobre su información: La ley de información pública de Texas, con algunas excepciones, le da el derecho de que se le informe sobre la información que la Universidad de Texas en Austin recolecta sobre usted. También le da el derecho de solicitar una copia de esa información, y de que la Universidad corrija cualquier parte errónea de esa información. Usted puede solicitar y revisar esa información o solicitar que se le hagan correcciones; póngase en contacto con el Directo de Información Pública de la Universidad, Oficina de Asuntos Financieros, PO Box 8179, Austin, Texas, 78713 (correo electrónico: cfo@www.utexas.edu).