



Para ser completado por el empleado: Su proveedor de atención médica debe encargarse de completar este formulario en su totalidad; el formulario debe regresarse a RR. HH. en un máximo de 15 días naturales. No proporcionar un certificado médico completo puede derivar en el retraso o rechazo de su solicitud de FMLA. Si su solicitud de FMLA también incluye restricciones laborales, póngase en contacto con su supervisor para analizar otras opciones de trabajo. Si sus restricciones son sustancialmente limitantes, si se espera que continúen durante más de 3 meses o se consideran permanentes, serán informadas al coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) en su campus para que las evalúe. Al entregar este formulario a su proveedor de atención médica, lo autoriza a divulgarlo ya completado a los administradores de la Ley de Ausencia Familiar y Médica de Universidad de Texas en Austin.

1. Nombre del empleado de UT Austin: 2. EID del empleado: 3. Fecha:

Para ser completado por el proveedor de atención médica: La Ley Antidiscriminatoria sobre Información genética de 2008 (GINA por sus siglas en inglés) prohíbe a los empleadores y a otras entidades bajo el Título II de GINA a solicitar o requerir la información genética de una persona o su familiar, excepto como lo permita específicamente esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ningún dato genético al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética" según se define en GINA incluye los antecedentes médicos familiares de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o sus familiares, el hecho de que una persona o un familiar suyo haya buscado o recibido servicios genéticos, así como información sobre el feto en el vientre de una persona o un familiar, o un embrión que legalmente pertenezca a la persona o un familiar y que reciba servicios reproductivos de asistencia.

4. Describa hechos médicos relevantes sobre el paciente en el recuadro 1 (pueden incluir síntomas, diagnósticos o cualquier régimen de tratamiento continuo) [] Revise en caso de que se hayan añadido páginas adicionales.

5. Fecha en que comenzó la enfermedad: 6. Duración estimada de la enfermedad: 7. ¿Se trata de un embarazo? [] Sí [] No En caso afirmativo, fecha esperada del parto:

- 8. PARA ELEGIBILIDAD A FMLA Marque cualesquiera de las categorías aplicables que se relacionen con la afección médica del empleado: a. [] Incapacidad de más de tres días naturales... b. [] Embarazo... c. [] Atención hospitalaria... d. [] Incapacidad intermitente/Afecciones crónicas... e. [] Afecciones permanentes/de largo plazo... f. [] Múltiples tratamientos... g. [] Ninguno de los anteriores.

9. CANTIDAD DE AUSENCIAS NECESARIAS Marque en las declaraciones siguientes las que se apliquen a la afección médica del empleado en consecuencia de la lesión o enfermedad, y conteste las siguientes preguntas basándose en la descripción laboral del empleado o la propia descripción del empleado de su trabajo:

- a. [] El empleado puede regresar a trabajar sin restricciones. Fecha de regreso al trabajo: (fecha).
b. [] El empleado está incapacitado y no puede regresar al trabajo hasta (fecha).
c. [] El empleado puede regresar a trabajar, pero podría faltar de vez en cuando como resultado de exacerbaciones. Basándose en la historia clínica del paciente y su conocimiento de su afección médica, calcule la frecuencia de las exacerbaciones y la duración de la incapacidad relacionada que el paciente podría presentar en los próximos 6 meses (por ejemplo, 1 episodio cada 3 meses que dure 1 o 2 días): Frecuencia: veces por [] semana [] mes Duración: [] hora(s) o [] día(s) por episodio.
d. [] El empleado puede regresar a trabajar con las restricciones laborales que se indican a continuación. Fecha de regreso al trabajo: (fecha). [] Se requiere un horario laboral reducido de horas al día, días a la semana del (fecha) al (fecha). [] Se recomiendan las restricciones laborales siguientes del (fecha) al (fecha):

[] Marque este recuadro si las restricciones anotadas en el espacio anterior son permanentes.

X FIRMA del proveedor de atención médica

Nombre EN LETRA DE MOLDE del proveedor de atención médica

PRESENTAR EL FORMULARIO A ¿NECESITA AYUDA? Prestaciones y Ausencias - RR. HH. Prestaciones y Ausencias - RR. HH. Fax: (512) 471-7008 Teléfono: (512) 475-8099 UTA, 3.408 HRS-LM@austin.utexas.edu

Fecha Teléfono

Tipo de consultorio/Especialidad médica