



Para ser completado por el empleado: El proveedor de atención médica de su familiar 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. *Al entregar este formulario a su proveedor de atención médica, su familiar lo autoriza a divulgarlo ya completado a los administradores de la Ley de Ausencia Familiar y Médica de la Universidad de Texas en Austin.*

1. Nombre y EID de empleado de UT Austin:	2. Paciente (familiar del empleado):	3. Fecha:
4. Relación del paciente con el empleado de UT Austin: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro _____ si es un menor, proporcionar también: <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Mayor de 18 años, pero considerado incapacitado debido a una afección mental o física. Consulte con Prestaciones y Ausencias en RR. HH., (512) 475-8099		
5. Describa la atención que le dará a su familiar y calcule la ausencia necesaria para darle tal atención. Puede usar páginas adicionales si es necesario. <input type="checkbox"/> Marque si se han anexado declaraciones adicionales a este formulario.		

Para ser completado por el proveedor de atención médica: La 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 solicitar o requerir la información genética de una persona o familiar, excepto como lo permita específicamente esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ningún dato genético cuando responda 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.

6. Describa hechos médicos relevantes sobre el paciente en el recuadro 2 (pueden incluir síntomas, diagnósticos o cualquier régimen de tratamiento continuo) Revise en caso de que se hayan añadido páginas adicionales.

7. Fecha en que comenzó la enfermedad:	8. Duración estimada de la enfermedad: <input type="checkbox"/> De por vida <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> Fecha aproximada de finalización si es posible: _____	9. ¿Se trata de un embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha esperada del parto: _
---	--	--

10. PARA ELEGIBILIDAD A FMLA Marque cualesquiera de las categorías aplicables que se relacionen con el PACIENTE mencionado en el recuadro 2:

- a. **Incapacidad de más de tres días naturales** - Este periodo de incapacidad incluye:
 - tratamiento una o dos veces por un proveedor de atención médica;
 - tratamiento por un proveedor de atención médica en por lo menos una ocasión con medicamentos con receta; y/o
 - tratamiento por un proveedor de atención médica en por lo menos una ocasión, que derive en un régimen de tratamiento continuo (incluyendo recetas)
- b. **Embarazo** - Cualquier periodo de incapacidad debido a embarazo o atención prenatal.
- c. **Atención hospitalaria** - atención a pacientes internados (una estadía de una noche) en un hospital, una unidad de cuidados paliativos o residencia de atención médica
- d. **Incapacidad intermitente/Afecciones crónicas que requieran por lo menos dos tratamientos al año** (por ejemplo, migraña, cefaleas, diabetes, asma, etc.)
- e. **Afecciones permanentes/de largo plazo que requieran supervisión** - (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, accidente cerebrovascular grave, enfermedad terminal)
- f. **Múltiples tratamientos (afecciones no crónicas)** - (por ejemplo, fisioterapia para artritis grave o diálisis por enfermedad renal)
- g. **Ninguno de los anteriores.**

11. Marque cualesquiera de los recuadros relacionados con la necesidad del empleado a atender al paciente mencionado en el recuadro 2:
 Consuelo psicológico Actividades de la vida cotidiana Transporte para que reciba atención médica Otro _____

12. CANTIDAD DE AUSENCIAS NECESARIAS Marque en las declaraciones siguientes las aplicables a la necesidad del paciente de atención por parte de nuestro empleado:

- a. El empleado **debe dar atención de tiempo completo al paciente** hasta que se le reevalúe el _____ (fecha)
- b. El empleado **debe ayudar al paciente para que asista a sus citas de seguimiento** _____ (fechas)
- c. El empleado **debe cuidar al paciente de manera intermitente/ocasionalmente como resultado de exacerbaciones.** Con base en la historia clínica del paciente y su conocimiento de su afección médica, calcule la frecuencia de las exacerbaciones y la duración del tiempo requerido por el empleado para atender a su familiar y/o (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.

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