FORMULARIO DE LIBERACIÓN PARA REGRESO AL TRABAJO: La Universidad de Texas en Austin

PARA QUE LO COMPLETE EL EMPLEADO

Nombre:_____ Núm. de UT EID: _____ Turno:_____ Departamento:_____

Número telefónico del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____ Supervisor: _____

Comprendo que, si mi liberación incluye restricciones en el lugar de trabajo relacionadas con mi afección médica, debo ponerme en contacto con mi supervisor **antes** de mi fecha de regreso al trabajo. Comprendo que mi fecha de regreso al trabajo puede retrasarse para que mi departamento pueda evaluar cualquier restricción identificada. Si las restricciones son sustancialmente limitantes, se espera que continúen por más de 3 meses o se consideran permanentes, su liberación para el regreso se informará al Centro de Equidad e Inclusión (CEI) para que la revise según la ADAAA (Ley de Estadounidenses con Discapacidades modificada).

_____ Firma del empleado

_____ Último día de trabajo

_____ Fecha

PARA QUE LO COMPLETE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

(1) Esta afección: □ No se relaciona con el trabajo. □ Se relaciona con el trabajo.

Si se relaciona con el trabajo, no llene este formulario. Complete el formulario de Informe del estado laboral Texas DWC-73.

(2) El empleado puede:

____ Regresar al trabajo el _____ **(fecha)** sin restricciones.
____ Regresar al trabajo el _____ **(fecha)** con restricciones como se señalan a continuación hasta el _____ **(fecha)**.
____ No puede regresar al trabajo del _____ **(fecha)** al _____ **(fecha)** debido a discapacidad o restricciones.
____ Las restricciones señaladas a continuación son **PERMANENTES**.

(3) ¿El empleado puede trabajar todas las horas de un tiempo completo? □ **SÍ** □ **NO**

Si NO: Máximo de horas/jornada: _____ Máximo de horas/semana: _____ *El empleado puede ser elegible para FMLA.*

(4) RESTRICCIONES DE TRABAJO

*El empleado **puede realizar actividades**:*	**NUNCA** 0% de la jornada	**OCASIONALMENTE** 1-33% de la jornada	**FRECUENTEMENTE** 34-64% de la jornada	**CONSTANTEMENTE** 65-100% de la jornada
Cargar máximo_____libras				
Empujar/jalar máximo_____libras				
Alcanzar por arriba de su hombro **D / I** (encierre en un círculo)				
Agarrar/exprimir				
Teclear				
Movimiento repetitivo de la mano/muñeca **D / I** (encierre en un círculo)				
Sentarse				
Pararse/Caminar				
Ponerse en cuclillas/arrodillarse				
Inclinarse/encorvarse repetitivamente				
Subir escaleras (encierre en un círculo)				

Otras restricciones (si las hay):

Debe usar muletas, férula u otro ☐ **SÍ** ☐ **NO** Especifique el otro:	Es capaz de conducir un vehículo con propósitos laborales, si corresponde ☐ **SÍ** ☐ **NO** ☐ **N/A**
Puede trabajar con otros: ☐ **SÍ** ☐ **NO**	Es capaz de supervisar, si corresponde: ☐ **SÍ** ☐ **NO** ☐ **N/A**
Sin exposición a:	La consulta con un profesional de seguridad está disponible previa solicitud sobre limitaciones a exposición química o en el laboratorio. ¿Se solicitó una consulta? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Firma del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Nombre del médico: _____ Fax del médico: _____

Fecha de hoy: _____

Información general: Este formulario ayuda a recabar información sobre el regreso al trabajo y minimiza la divulgación de información médica a un supervisor al regresar de una ausencia o usar una ausencia por enfermedad debida a una afección médica del propio empleado. **Si se usa otro formulario de liberación, no incluya un diagnóstico ni información sobre el tratamiento.** El empleado le entrega este formulario a su supervisor. Para obtener más información sobre adaptaciones en el lugar de trabajo según la ADAAA, póngase en contacto con el Centro de Equidad e Inclusión al 512-471-1849 o por correo electrónico a equity@utexas.edu Para comunicarse con la Gerencia de Prestaciones y Ausencias, llame al 512-475-8099 o envíe un correo electrónico HRS-LM@austin.utexas.edu

Declaración de salvaguardia GINA: La Ley de información genética antidiscriminatoria (GINA) prohíbe a los empleadores y otras entidades bajo el Título II de la GINA solicitar o requerir la información genética de los empleados o sus familiares. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcionar ningún dato genético cuando llene esta solicitud. La 'información genética,' según se define en la GINA, incluye los análisis genéticos, los antecedentes médicos de los familiares del paciente, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un miembro de su familia y los antecedentes familiares de una persona. Si usted o un miembro de su familia recibe una prueba genética o una evaluación genética, no proporcione esta información a su empleador. Si usted o su familia necesitan ayuda, busque asistencia.