



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.

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.

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

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: 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... d. [ ] El empleado puede regresar a trabajar con las restricciones laborales que se indican a continuación. Fecha de regreso al trabajo: [ ] 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