

# 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 consideren permanentes, su liberación para el regreso se informará a la Oficina de Equidad Institucional (OIE) para que la revise según la ADA (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 <b>D / I</b> (encierre en un círculo)				
Agarrar/exprimir				
Teclear				
Movimiento repetitivo de la mano/muñeca <b>D / I</b> (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 <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Especifique el otro:	Es capaz de conducir un vehículo con propósitos laborales, si corresponde <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b>
Puede trabajar con otros: <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	Es capaz de supervisar, si corresponde: <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b>
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? <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

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 ADA, póngase en contacto con la Oficina de Inclusión y Equidad al 512-471-1849 o por correo electrónico a [equity@utexas.edu](mailto: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](mailto:HRS-LM@austin.utexas.edu)

**Declaración de salvaguarda 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 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.