



CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

PARA LICENCIA DE DISCAPACIDAD POR EMBARAZO, TRASLADO Y/O
ACOMODACIÓN RAZONABLE

NOMBRE DEL EMPLEADO/A: _____

Por favor certifique que debido al embarazo, parto o una condición médica relacionada (incluyendo, pero no limitado a, la recuperación del embarazo, el parto, la pérdida o el final del embarazo, o la depresión posparto), esta paciente necesita (marque todas las casillas apropiadas):

TIEMPO LIBRE PARA CITAS MÉDICAS
Cuando: _____ La Duración: _____

UNA LICENCIA POR DISCAPACIDAD *(Debido al embarazo, al parto o a una condición médica relacionada del paciente, la/el paciente no puede realizar una o más de las funciones esenciales del trabajo o no puede realizar ninguna de estas funciones sin riesgo indebido para sí mismo/a, la conclusión exitosa del embarazo, o a otras personas)*
Principio (Estimación): _____ Final (Estimación): _____

LICENCIA INTERMITENTE
Especificar el calendario de licencia intermitente médicamente recomendable: _____
Principio (Estimación): _____ Final (Estimación): _____

HORARIO DE TRABAJO REDUCIDO
Especifique un horario de trabajo reducido médicamente recomendable: _____
Principio (Estimación): _____ Final (Estimación): _____

TRASLADO A UNA POSICIÓN MENOS AGOTADORA O PELIGROSA, O SER ASIGNADO/A MENOS DEBERES
Especifique qué sería una posición/deberes médicamente recomendables: _____
Principio (Estimación): _____ Final (Estimación): _____

ACOMODACIÓN(ES) RAZONABLE(ES)
Especificar *(Especifique las acomodaciones necesarias médicamente recomendables. Estas podrían incluir, pero no se limitan a, modificar los requisitos de levantar, o proporcionar descansos más frecuentes, o proporcionar un taburete o silla):* _____
Principio (Estimación): _____ Final (Estimación): _____

Nombre del Proveedor de Atención de la Salud (escrito): _____

Especialidad Médica/Especialidad de Atención de la Salud: _____ **Número de Licencia:** _____

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD

FECHA