



DEPARTAMENTO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA DEL ESTADO DE CALIFORNIA

CONCEJO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD (Ley de Derechos Familiares de California (CFRA))

NOTA IMPORTANTE: La Ley de No Discriminación de Información Genética de California del 2011 (CalGINA) prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas, solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto si es específicamente permitido bajo la ley. Para cumplir con la Ley, le pedimos que no proporcione información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", tal como ha sido definida por CalGINA, incluye información sobre las pruebas genéticas del individuo o de un miembro de la familia del individuo, información sobre la manifestación de una enfermedad o trastorno de un miembro de la familia del individuo, e incluye información de servicios genéticos o participación en clínicas que incluye servicios genéticos para un individuo o cualquier miembro de la familia del individuo. La "Información genética" no incluye información sobre el sexo o la edad de un individuo.

1. Nombre del Empleado: _____

2. Nombre del paciente (Si no es el empleado): _____

Relación o parentesco del paciente con el empleado: _____

Si el paciente es hijo de un empleado, ¿el paciente tiene menos de 18 años o es hijo adulto dependiente?:

Sí No

3. Fecha en que la condición médica o necesidad de tratamiento comenzó
[NOTA: EL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD NO DEBE DECLARAR
EL DIAGNÓSTICO SUBYACENTE SIN CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:]

4. Duración probable de la condición médica o necesidad de tratamiento: _____

5. A continuación se presenta una descripción de lo que constituye una "condición de salud grave" bajo la Ley Federal de Licencia Familiar y Médica (FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA). ¿La condición del paciente califica como una condición seria de salud?:

Sí No

6. Si la certificación es para la condición de salud grave del empleado, por favor conteste lo siguiente:

Sí No

¿El empleado es capaz de realizar cualquier tipo de trabajo?
(Si no, omita la siguiente pregunta.)

¿El empleado no es capaz de desempeñar una o más de las funciones esenciales de la posición del empleado? (Conteste después de revisar la declaración del empleador de las funciones esenciales de la posición del empleado, o, si no se proporciona, después de discutir con el empleado.)

7. Si la certificación es para el cuidado del miembro de la familia del empleado, por favor conteste lo siguiente:

Sí No

¿Requiere (o necesitará) el paciente asistencia médica básica, higiene, necesidades nutricionales, seguridad o transporte?

Después de revisar la declaración firmada del empleado (vea el punto 10 abajo), ¿la condición justifica la participación del empleado? (Esta participación puede incluir el confort psicológico y/o la organización de la atención de terceros para el miembro de la familia.)

8. Estima el período de tiempo de cuidado necesario o durante el cual la presencia del empleado sería beneficiosa:

9. Por favor responda a las siguientes preguntas solamente si el empleado está pidiendo una licencia intermitente o un horario de trabajo reducido.

Sí No

Licencia intermitente: ¿Es médicamente necesario que el empleado esté fuera del trabajo de manera intermitente debido a la condición de salud grave del empleado o del miembro de la familia?

Si la respuesta es sí, sírvase indicar la frecuencia estimada de la necesidad del empleado de ausencia intermitente debido a la condición de salud grave y la duración de dichas ausencias (por ejemplo, 1 episodio cada 3 meses de duración de 1 a 2 días):

Frecuencia: ____ horas por ____ semana(s) ____ mes (es)

Duración: ____ horas o ____ día(s) por episodio

Sí No

Horario de ausencia reducida: ¿Es médicamente necesario que el empleado trabaje menos que el horario de trabajo normal del empleado debido al estado de salud grave del empleado o miembro de la familia?

Si la respuesta es sí, indique el horario de trabajo a tiempo-parcial o reducido que el empleado necesita:

____ hora(s) al día; ____ días por semana, de _____ hasta _____

Sí No

Tiempo libre para citas médicas o tratamiento: ¿Es médicamente necesario para el empleado tomar tiempo fuera del trabajo para visitas médicas o tratamiento médico, ya sea por un profesional de la salud u otro proveedor de servicios de salud?

Si la respuesta es sí, sírvase indicar la frecuencia estimada de la necesidad de licencia del empleado para visitas médicas o tratamiento médico y el tiempo requerido para cada cita, incluyendo cualquier período de recuperación:

Frecuencia: ____ veces por ____ semana(s) ____ mes(es)

Duración: ____ horas o ____ día(s) por cita/tratamiento

EL PUNTO 10 DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO QUE NECESITA LA LICENCIA FAMILIAR.

****** PARA SER SUMINISTRADO AL PROVEEDOR DE SALUD BAJO HOJA SEPARADA.**

10. Cuando la licencia de cuidado familiar es necesaria para cuidar a un miembro de la familia seriamente enfermo, el empleado debe declarar la atención que él o ella proporcionará y una estimación del período de tiempo durante el cual esta atención será proporcionada, incluyendo un horario si la licencia es para ser tomada de forma intermitente o en base a un horario de trabajo reducido:

11. Nombre impreso del proveedor de atención médica:

Firma del proveedor de atención médica:

Fecha: _____

12. Firma del empleado:

Fecha: _____

--- Condición de salud grave ---

"Condición de salud grave" significa una enfermedad, lesión (incluyendo, pero no limitado a, lesiones en el trabajo), deterioro o condición física o mental del empleado o de un hijo, padre o cónyuge del empleado que involucre atención hospitalaria o tratamiento continuo, incluyendo, pero no limitado a, tratamiento para abuso de sustancias. Un problema de salud grave puede incluir uno o más de los siguientes:

1. Cuidado de hospital

Atención hospitalaria en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial, incluyendo cualquier período de incapacidad o tratamiento posterior relacionado con o como consecuencia de dicha atención hospitalaria. Una persona se considera un "paciente hospitalizado" cuando un centro de cuidado de salud lo admite formalmente a la instalación con la expectativa de que él o ella permanecerá por lo menos durante la noche y ocupará una cama, incluso si después resulta que dicha persona puede ser dada de alta o transferida a otra instalación y no permanece realmente durante la noche.

2. Ausencia Más Tratamiento

- (a) Un período de incapacidad de más de tres días civiles consecutivos (incluido cualquier tratamiento posterior o período de incapacidad relativo a la misma condición), que también implique:
 - (1) Tratamiento dos o más veces por un proveedor de atención médica, por una enfermera o asistente de médico bajo supervisión directa de un proveedor de atención médica, o por un proveedor de servicios de salud (por ejemplo, fisioterapeuta) bajo órdenes de, o por referencia por un proveedor de atención médica; o
 - (2) Tratamiento por un proveedor de atención médica en al menos una ocasión que da como resultado un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión del proveedor de atención médica.

3. Embarazo [NOTA: La incapacidad de una empleada debido al embarazo está cubierta como una condición de salud grave bajo FMLA pero no bajo CFRA]

Cualquier período de discapacidad por embarazo o por atención prenatal.

4. Condiciones crónicas que requieren tratamiento

Una afección crónica que:

- (1) Requiere visitas periódicas para tratamiento por un proveedor de atención médica o por una enfermera o asistente médico bajo supervisión directa de un proveedor de atención médica;
- (2) Continúa durante un período prolongado de tiempo (incluyendo episodios recurrentes de una sola condición subyacente); y
- (3) Puede causar episodios en lugar de un período continuo de incapacidad (por ejemplo, asma, diabetes, epilepsia, etc.).

5. Condiciones permanentes/a largo plazo que requieren supervisión

Un período de discapacidad que es permanente o de larga duración debido a una condición para la cual el tratamiento puede no ser eficaz. El empleado o miembro de la familia debe estar bajo la supervisión continua de, pero no necesita recibir tratamiento activo de un proveedor de atención médica. Los ejemplos incluyen Alzheimer, un accidente cerebro vascular grave o las etapas terminales de una enfermedad.

6. Tratamientos múltiples (Condiciones no crónicas)

Cualquier período de ausencia para recibir múltiples tratamientos (incluido cualquier período de recuperación de los mismos) por un proveedor de atención médica o por un proveedor de servicios de atención médica bajo órdenes de un proveedor de atención médica o por remisión por un proveedor de atención médica, u otra lesión, o por una condición que probablemente resultaría en un período de discapacidad de más de tres días consecutivos en ausencia de intervención médica o tratamiento, como cáncer (quimioterapia, radiación, etc.), artritis severa (fisioterapia), o enfermedad renal (diálisis).

####