

Número de seguimiento: \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_

<b>Información del paciente</b>	FECHA DE HOY	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	N.º DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		N.º DE TELÉFONO DE CONTACTO
	DIRECCIÓN POSTAL		

<b>Solicitud de un familiar</b>	NOMBRE	N.º DE TELÉFONO DE CONTACTO
	RELACIÓN CON EL PACIENTE	

<b>Afección del paciente</b>	AFECCIÓN MÉDICA	FECHA DE INICIO DE LA AFECCIÓN O LESIÓN (MM/DD/AA)
	NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO TRATA/QUE AUTORIZA EL TIEMPO DE AUSENCIA	

<b>Historial de la situación laboral</b>	NOMBRE DEL EMPLEADOR	PUESTO/FUNCIÓN
	HORARIO DE TRABAJO	DESCRIBA LA ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL Mayormente sentado      Física (caminar, pararse, levantarse)

<b>Información sobre licencias</b>	<b>Licencia continua:</b> Fecha de inicio (mm/dd/yy): _____ Finalización (mm/dd/yy): _____	
	<b>Licencia intermitente:</b> Fecha de inicio (mm/dd/yy): _____ Finalización (mm/dd/yy): _____	
	N.º de episodios por mes: _____ N.º de días por episodio: _____ Duración:    3 meses    6 meses	
	En los últimos 3 meses, ¿cuántas ausencias laborales ha necesitado el paciente/familiar por esta afección? _____	
	Tarea modificada (levantarse/pararse/sentarse) Fecha de inicio: _____ Finalización: _____	
	Reducción de las horas de trabajo diarias Fecha de inicio: _____ Finalización: _____	
	Horas por día: _____ Días por semana: _____ Otro: _____	

<b>Autorización del método de entrega</b>	Correo electrónico    Fax    Correo    Recoger en ROI    Destinatario: _____
	CORREO ELECTRÓNICO, NÚMERO DE FAX O DIRECCIÓN POSTAL
	<p><b>Autorización para la divulgación de información médica protegida:</b> Autorizo a Kaiser Permanente a divulgar al destinatario o la entidad mencionados con anterioridad la información sobre la atención médica necesaria para completar el formulario de incapacidad o de la Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA). Esta autorización es válida mientras dure la reclamación, pero no debe exceder un (1) año a partir de la fecha firmada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a Kaiser Permanente y que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.</p> <p>Marque la casilla si tiene intención de incluir información sobre el diagnóstico, el tratamiento o las referencias relacionadas con drogas o alcohol, información sobre el VIH/SIDA, información sobre salud mental e información sobre pruebas genéticas.</p>
FIRMA DEL PACIENTE QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN	FECHA/HORA

# Instrucciones y definiciones

## Formulario de solicitud para la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) o de incapacidad a corto o largo plazo

<b>Información del paciente</b>	Complete TODA la información del paciente.
<b>Solicitud de un familiar</b>	Si completa este formulario para ayudar en el cuidado de un familiar, incluya su nombre, su relación con el paciente (p. ej., padre, cónyuge, hijo), su número de teléfono y la mejor hora del día para recibir llamadas.
<b>Afección del paciente</b>	Indique la afección médica relacionada con esta solicitud y la fecha en que se produjo dicha afección o lesión por primera vez. Si no recuerda la fecha exacta, indique un mes y un año estimados. Además, facilite el nombre del médico tratante que firmará su solicitud de ausencia laboral.
<b>Historial de la situación laboral</b>	Indique el nombre de su empleador, el puesto que ocupa y la función principal de su trabajo (lo que hace). Indique su horario de trabajo, es decir, la cantidad de horas al día y los días a la semana, y si realiza su trabajo principalmente sentado o es más físico, que incluya caminar, pararse o levantarse.
<b>Información sobre licencias</b>	<p>La licencia <b>continua de la FMLA</b> se aplica cuando un empleado se ausenta durante más de tres días hábiles consecutivos y lo ha tratado un médico. Indique la fecha de inicio y la fecha de finalización.</p> <p>La licencia <b>intermitente de la FMLA</b> se suele tomar cuando un empleado necesita ausentarse del trabajo por un brote de su afección o por el tratamiento de esta. Indique cuántas ausencias laborales al mes ha tenido en los <u>ÚLTIMOS 3 MESES</u>, junto con una estimación de cuántas puede necesitar para esta solicitud.</p> <p>La <b>tarea laboral modificada</b> se define como un cambio en las tareas habituales de un empleado a causa de una lesión o enfermedad. Estos cambios pueden incluir modificaciones en las tareas o funciones, el horario, la carga, el área y el equipo de trabajo. El programa de trabajo modificado solo es temporal, lo que brinda al empleado lesionado o enfermo un periodo para recuperar su condición normal.</p> <p>La <b>reducción de horas de trabajo diarias</b> se aplica cuando un empleado necesita reducir la cantidad de horas trabajadas al día o a la semana, a menudo para cuidar a un familiar o para reducir los efectos de su propia enfermedad.</p>
<b>Método de entrega y autorización</b>	Si se va a enviar el formulario completo a otra persona que no sea el paciente, este debe autorizar la divulgación del formulario, que contiene información médica protegida, con una firma manuscrita. Si la autorización no está firmada, el formulario completo se enviará por correo al paciente.