

Número de seguimiento: _____ Número de reclamo: _____

Información del paciente	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		

Solicitud de un familiar	NOMBRE	N.º DE TELÉFONO DE CONTACTO
	RELACIÓN CON EL PACIENTE	

Afección del paciente	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	

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

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

Autorización del método de entrega	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger en ROI Destinatario: _____ CORREO ELECTRÓNICO, NÚMERO DE FAX O DIRECCIÓN POSTAL	
	Autorización para la divulgación de información médica protegida: 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.	
	<input type="checkbox"/> 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.	
	FIRMA DEL PACIENTE QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN <small>ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA Y FIRMAR CON TINTA AZUL O NEGRA (No se aceptarán firmas electrónicas)</small>	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

Información del paciente	Complete TODA la información del paciente.
Solicitud de un familiar	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.
Afección del paciente	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.
Historial de la situación laboral	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.
Información sobre licencias	<p>La licencia continua de la FMLA 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 intermitente de la FMLA 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 tarea laboral modificada 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 reducción de horas de trabajo diarias 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>
Método de entrega y autorización	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.