

# Certification of Health Care Provider - Employee's or Family Member's Serious Health Condition - Spanish

---

## *Certificación del profesional médico: Problema grave de salud del empleado o un familiar*

### **Instrucciones:**

Utilice este formulario para obtener la certificación del médico o profesional donde conste que el empleado o familiar está incapacitado debido a un "problema grave de salud", según se define en el *Anexo A: Definiciones*. Si bien usted no está obligado a usar este formulario, no puede pedirle al empleado que suministre más información que la que se exige según la Ley de Licencia por Motivos Médicos y Familiares (FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA).

Debido a la naturaleza confidencial de esta información, le sugerimos utilizar este formulario del siguiente modo:

1. Complete la Parte A y entréguele al empleado una copia de la descripción de su puesto junto con este formulario. Asegúrese de que la descripción del puesto detalle las funciones esenciales del empleado.
2. Solicítele al empleado que complete la Parte B.
3. Solicítele al empleado que haga lo siguiente:
  - a. Entregue la descripción del puesto y la sección *Certificación del profesional médico* de este formulario (Sección II) al profesional médico. También debe entregarle al profesional médico el Anexo A.
  - b. Complete y firme la sección *Declaración del empleado respecto de la enfermedad grave de un familiar* (Anexo B), si el empleado solicita licencia familiar para cuidar a un familiar con una enfermedad grave, y que entregue ese anexo al profesional médico por separado; no al empleador.
  - c. Solicite al profesional médico que llene y firme la sección *Certificación del profesional médico*.
  - d. Firme y le devuelva la sección *Certificación del profesional médico* a usted con fines de documentación, una vez llenado por el profesional médico. Deberá darle al empleado un plazo mínimo de 15 días para devolver el formulario.
4. Archive la sección *Certificación del profesional médico* en el expediente médico confidencial del empleado.  
\*Generalmente, se exige a los empleadores conservar los registros y documentos relativos a las certificaciones médicas, recertificaciones o historias clínicas de los empleados o de los familiares de los empleados generados para las licencias FMLA/CFRA, en otros archivos o registros distintos de los expedientes de personal normales, de acuerdo con la sección 1630.14(C)(1) 29 CFR, si se aplica la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, y de acuerdo con la sección 1635.9 29 CFR, si se aplica la Ley de No discriminación por Información Genética.
5. Conserve una copia de este formulario en sus registros durante un plazo de cuatro años.

▲ Click above to insert your company logo

Replace this text with company name or delete to leave blank

## Certification of Health Care Provider - Employee's or Family Member's Serious Health Condition - Spanish

### *Certificación del profesional médico: Problema grave de salud del empleado o un familiar*

\*NOTA IMPORTANTE: La Ley de No Discriminación por Información Genética de California de 2011 (CalGINA) y la Ley federal de No discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas solicitar o requerir información genética sobre un individuo o familiar de un individuo, salvo en los casos específicamente permitidos por la ley. **Para cumplir con estas leyes, le pedimos que no suministre ningún tipo de información genética al responder esta solicitud de información médica.** Según las leyes CalGINA y GINA, se entiende por "información genética" a toda información sobre los antecedentes médicos de un individuo o familiar de un individuo, los resultados de estudios genéticos de un individuo o familiar, la información sobre la manifestación de una enfermedad o trastorno de un familiar del individuo, e incluye la información de servicios genéticos o la participación en investigaciones clínicas que incluye servicios genéticos por parte de un individuo o familiar del individuo. El término "información genética" no incluye la información sobre el sexo o la edad de una persona.

#### SECCIÓN I - EMPLEADOR

Nombre de la Empresa

\_\_\_\_\_

Contacto

\_\_\_\_\_

**Adjunte a este formulario una copia de la descripción del puesto y de las funciones esenciales del puesto del empleado.**

**Instrucciones para el empleado:** La ley nos permite exigirle que nos presente una certificación médica, oportuna, completa y suficiente que respalde su solicitud de licencia FMLA/CFRA debido a un problema grave de salud propio o de un familiar cubierto. Si su empleador se la solicita, usted deberá presentarla para obtener los beneficios de protección de la Ley de Licencia por Motivos Médicos y Familiares (FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA). En caso de no presentar una certificación médica completa y suficiente, podremos negarle la solicitud. Tendrá **15 días calendarios** para devolver este formulario a la Empresa. Si debido a circunstancias extremas no pudiera devolver esta certificación médica dentro del plazo establecido, comuníquese con \_\_\_\_\_.

Nombre del empleado

Número de contacto del empleado

Si la solicitud es para cuidar a un familiar:

Nombre del familiar/paciente al cual deberá cuidar

Relación del familiar con usted:

- Hijo (si el hijo es menor de 18 años, o si es mayor de 18 pero incapaz de cuidarse solo debido a una incapacidad física o mental), padre o cónyuge. **(CFRA únicamente, FMLA únicamente o CFRA/FMLA dependiendo de la elegibilidad y disponibilidad de la licencia)**
- Hijo (si el hijo es un adulto capaz de cuidarse solo), suegro, abuelo, nieto, hermano, pareja de hecho o cualquier otra persona que tenga una relación de consanguinidad o de cercanía con el empleado ("persona designada"). **(CFRA únicamente)**

Si la solicitud es para cuidar a un familiar, por favor complete el Anexo B y **entregúeselo al proveedor de atención médica**, no al empleador.

Certifico que la información suministrada es veraz y correcta.

Firma del empleado

Fecha

# Certification of Health Care Provider - Employee's or Family Member's Serious Health Condition - Spanish

## Certificación del profesional médico: Problema grave de salud del empleado o un familiar

### SECCIÓN II - PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

**Instrucciones para el profesional médico:** El empleado que se indica arriba ha solicitado una licencia según la ley FMLA/CFRA para cuidarse a sí mismo o a su paciente que es el familiar o la "persona designada" que se indica anteriormente. Por favor complete en su totalidad todas las partes que aparecen a continuación. Varias de las preguntas se refieren a la frecuencia o duración de una enfermedad, tratamiento, etcétera. Debería responder con su mejor estimación basándose en sus conocimientos médicos, experiencia y evaluación del paciente. Le rogamos que sea lo más específico posible; términos tales como "toda la vida", "desconocido" o "indeterminado" pueden no ser suficientes para determinar la cobertura FMLA/CFRA. Limite sus respuestas únicamente al problema de salud respecto del cual el paciente necesita la licencia. Asegúrese de firmar el formulario. **NO DIVULGUE EL DIAGNÓSTICO DE BASE O SUBYACENTE, INCLUIDA LA INFORMACIÓN GENÉTICA\*, SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.** No suministre información sobre pruebas genéticas, según se define en la sección 1653.3 (f) 29 CFR, ni sobre servicios genéticos, según se define en la sección 1635.3 (e) 29 CFR, ni información genética, según se define en la CalGINA o GINA. Recuerde firmar el formulario.

1. Fecha de inicio de la enfermedad o necesidad de tratamiento: \_\_\_\_\_
2. Duración estimada de la enfermedad o necesidad de tratamiento: \_\_\_\_\_
3. *Anexo A: En Definiciones se describe qué es un "problema grave de salud" según la ley federal FMLA y la ley de California CFRA. ¿La enfermedad del paciente califica como problema grave de salud?*  
 Sí       No
4. Si la certificación es por un problema grave de salud del empleado, responda las siguientes preguntas:
  - a. ¿El empleado está capacitado para realizar algún tipo de tarea?  
 Sí       No (En caso de responder "no", pase a la próxima pregunta)
  - b. ¿El empleado no está en condiciones de realizar una o más funciones esenciales de su puesto? (Responda después de haber leído la descripción del puesto suministrada por el empleado que se adjunta donde se describen las funciones esenciales del puesto del empleado).  
 Sí       NoEn caso de responder afirmativamente a la pregunta 4b, indique las actividades laborales que el empleado no puede realizar.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Si la certificación es para cuidar a un familiar o "persona designada" del empleado, responda las siguientes preguntas:
  - a. ¿El paciente necesita (o necesitará) asistencia para sus necesidades médicas, nutricionales y de higiene básicas, necesidades de seguridad y transporte o para poder recibir atención física o psicológica?  
 Sí       No
  - b. Después de leer la *Declaración del empleado respecto de la enfermedad grave de un familiar (Anexo B)*, ¿la enfermedad justifica la participación del empleado? (Esta participación puede incluir el bienestar psicológico o disponer que un tercero cuide al familiar).  
 Sí       No
6. Estime la cantidad de tiempo que el empleado necesitará atención o el tiempo durante el cual será beneficioso que el empleado se ocupe del cuidado de un familiar suyo:  
\_\_\_\_\_

\* Ver la "Nota importante" en la página 1 de este formulario. Las leyes CalGINA y GINA prohíben a los empleadores obtener información genética. **Para cumplir con estas leyes, le pedimos que no suministre ningún tipo de información genética al responder esta solicitud de información médica.**

# Certification of Health Care Provider - Employee's or Family Member's Serious Health Condition - Spanish

## Certificación del profesional médico: Problema grave de salud del empleado o un familiar

7. Responda las siguientes preguntas sólo si el empleado solicita una licencia intermitente o un horario reducido:

Sí No

**Licencia intermitente:** ¿es necesario por razones médicas que el empleado falte al trabajo de manera intermitente debido al problema grave de salud del empleado, de un familiar o de la "persona designada"?

De ser así, por favor indique la frecuencia estimada de la licencia intermitente que necesitará tomarse el empleado debido al problema grave de salud, y la duración de dichas licencias (p. ej., 1 episodio cada 3 meses con una duración de entre 1 y 2 días):

Frecuencia: \_\_\_\_\_ veces por \_\_\_\_\_ semana(s) \_\_\_\_\_ mes(es)

Duración: \_\_\_\_\_ horas o \_\_\_\_\_ día(s) por episodio

**Horario reducido:** ¿es necesario por razones médicas que el empleado trabaje menos horas que su horario laboral normal debido al problema grave de salud del empleado, de un familiar o de la "persona designada"?

De ser así, por favor indique el tiempo parcial o la reducción del horario laboral que necesita el empleado:

\_\_\_\_\_ hora(s) por día; \_\_\_\_\_ día(s) por semana, desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Tiempo libre para concurrir a citas médicas o tratamientos:** ¿es necesario por razones médicas que el empleado se tome tiempo libre del trabajo para concurrir a citas médicas o realizar tratamientos médicos, con su proveedor de atención médica o con otros servicios de salud?

De ser así, indique la frecuencia estimada de las licencias que necesitará tomarse el empleado para concurrir las citas médicas o realizar los tratamientos médicos, y el tiempo que necesita para cada cita, incluyendo el período de recuperación:

Frecuencia: \_\_\_\_\_ veces por \_\_\_\_\_ semana(s) \_\_\_\_\_ mes(es)

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

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional médico Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado Fecha

Información del médico o profesional:

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico o profesional

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Teléfono

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL PACIENTE. NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO.**

Este formulario se adaptó para su uso en California de las Regulaciones CFRA (2 CCR sec. 11097) y CRD-E11P-SP (1/23) y del formulario WH-380-E y WH-380-F del Departamento de Trabajo de los EE.UU. Modificado en junio de 2020 (Número de control OMB 1235-0003. Caduca 6/30/2026).

# Certification of Health Care Provider - Employee's or Family Member's Serious Health Condition - Spanish

## *Certificación del profesional médico: Problema grave de salud del empleado o un familiar*

### **Anexo A: Definiciones**

Un "problema grave de salud" es cualquier enfermedad, lesión (incluidas, entre otras, las lesiones laborales), impedimento o afección física o mental del empleado o de un hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, pareja de hecho del empleado o cualquier otra persona con una relación de consanguinidad o de cercanía con el empleado ("persona designada") que requiera internación o un tratamiento continuo como, por ejemplo, el tratamiento por abuso de sustancias.

#### **ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Internación (es decir, pasar la noche) en un hospital, centro de cuidados paliativos o centro de salud residencial, incluido cualquier período de incapacidad o posterior tratamiento en relación con o que resulte de dicha internación. Se considera a una persona "internada" cuando el centro médico admite formalmente a dicha persona al centro médico con la expectativa de que la persona por lo menos pasará la noche en el hospital y ocupará una cama, aun cuando luego resulte que dicha persona pueda ser dada de alta o transferida a otro centro médico y no pase la noche en el hospital en última instancia.

#### **AUSENCIA MÁS TRATAMIENTO**

Un período de incapacidad de más de tres días calendarios consecutivos (incluido cualquier tratamiento posterior o período de incapacidad relacionado con la enfermedad) que también implique:

1. Tratamiento (dos veces o más) por parte de un profesional médico (para la FMLA únicamente, los dos tratamientos deben realizarse dentro de los 30 días\*\*\*), por parte de una enfermera o auxiliar médico bajo la supervisión directa de un médico o por parte de un proveedor de servicios de salud (por ejemplo, fisioterapeuta) bajo órdenes o por recomendación de un médico; o
2. Tratamiento brindado por un profesional médico por lo menos una vez y que resulta en un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión del médico.

Para FMLA únicamente, el primer tratamiento del empleado debe darse dentro de los 7 días del primer día de incapacidad. \*\*\*

#### **EMBARAZO**

Un período de incapacidad debido a embarazo o para recibir cuidados prenatales.

*(Nota: La incapacidad de la propia empleada debido al embarazo se cubre como problema grave de salud según la ley FMLA, pero no la ley CFRA.)*

#### **ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO**

Una enfermedad crónica que:

1. Requiere visitas periódicas (para FMLA ÚNICAMENTE, se entenderá como periódico por lo menos dos veces al año\*\*\*) para recibir el tratamiento de un profesional médico o de una enfermera o auxiliar médico bajo la supervisión directa de un médico;
2. Continúa durante un tiempo prolongado (incluidos episodios recurrentes de una misma enfermedad de base); y
3. Puede causar períodos de incapacidad episódicos más que una incapacidad continua (p. ej., asma, diabetes, epilepsia, etc.).

#### **ENFERMEDADES PERMANENTES /A LARGO PLAZO QUE REQUIEREN SUPERVISIÓN**

Un período de incapacidad que es permanente o a largo plazo debido a una enfermedad cuyo tratamiento puede no ser efectivo. El empleado o familiar debe estar bajo la supervisión continua de un médico, pero no es necesario que se encuentre recibiendo un tratamiento activo. Algunos ejemplos son el mal de Alzheimer, un accidente cerebrovascular severo o las etapas terminales de una enfermedad.

#### **TRATAMIENTOS MÚLTIPLES (ENFERMEDADES NO CRÓNICAS)**

Cualquier período de ausencia con el fin de recibir tratamientos múltiples (incluidos los períodos para recuperarse de dichos tratamientos) de un profesional médico o de un proveedor de servicios de salud bajo las órdenes, o por recomendación, de un médico, ya sea para cirugía reconstructiva después de un accidente u otro tipo de lesión, o por una enfermedad que muy probablemente resultaría en un período de incapacidad de más de tres días consecutivos si no existiera intervención o tratamiento médico, por ejemplo cáncer (quimioterapia, radiación, etc.), artritis agudas (fisioterapia) o insuficiencia renal (diálisis).

\*\*\*La ley de California no incluye estos límites. Si es una licencia FMLA/CFRA, siga lo dispuesto por la ley de California sin estos límites de tiempo.

