COLORADO
Division of Human Resources
Department of Personnel & Administration

WHD
U.S. Wage and Hour Division

Formulario de Certificion Del Estado de Colorado
Empleados Con Condiciones Graves de Salud

Instrucciónes para departamento/ Institución: Para las condiciones de los empleados, llene lo siguiente. Puede colocar los deberes de trabajó de el fomulario oficial PD. Por favor llenar esta porcion antes de dar al empleado. Este formulario completo y lleno debera ser archivado, confidencialmente con aceso limitado.

La informacion genetica sin discriminacion hecho de 2008 conocida por sus iniciales (GINA) prohibe a los empleadores y otras entidades bajo GINA titulo II pedir o requerir información genetica de una persona, o miembro de familia excepto permitido por la ley. Para cumplir con la ley, estamos pidiendo que usted provea cualquier infomacion genetica cuando coresponda a este formulario medico. 'Infomacion Genetica' es definido por GINA, Y esto incluye historial de familia, los resultados de un individuo, o miembros de familia, asi como tambien si un individuo o individuos, miembros de familia busco o recivio servicios geneticos o informacion genetica de un feto de un individuo o un miembro de familia, un embrion que por ley recivio servicios de assistencia reproductiva.

SECCION I: LLENARSE POR EL EMPLEADOR

Instruciones para el Empleador: The Family and Medical Leave Act conocida por sus inciales (FMLA) dice que el empleador puede requerir que un empleado buscando protecion bajo la FMLA, por la necesidad de tomar tiempo por un serio problema o condicion de salud tendria que someter un certificado de el provedor de salud del empleando. Por favor termine la Secion I antes de dar este formulario a su empleado. Su respuesta es voluntaria. Sera requerido/a usara este formulario, no puede preguntar al empleado que le provea mas informacion de la que es permitida bajo las regulaciones de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308. El empleador generalmente mantiene los archivos y documentos relacionados a los certificados medicos, re-certificaciones, o historial medico de empleados creado para propositios de la FMLA confidencial archivos medicos en un archivo separado, el registro para uso de personal de acuerdo con la ley de Discapacidades de los Americanos 29 C.F.R. § 1630. 14(c)(1), if the Americans with Disabilities Act applies, and in accordance with 29 C.F.R § 1635.9, if the Genetic Information Nondiscrimination Act applies.

Nombre de Empleador y contactar:

Titlo de Trabajador:_____Horario regular de trabajó:_____

La función essensial del empleado:_____

Marque aqui si la descripción esta adjunto:_____

SECION II: PARA SER LLENA POR EL EMPLEADO

Instructiones para el EMPLEADO: Porfavor llene la secion II antes de dar este formulario a su proveedor medico. La FMLA permite a un empleador requerir que sea entregado en forma oportuna, terminado, y suficiente certificacion medica para apoyar su solicitud para FMLA irse debido a su condicion seria de salud. Si su peticion es por medio de su empleador, su respuesta esta requerida para obtener o retener sus beneficios de protection FMLA. 29 U.S.C. § § 2613, 2614(c)(3). El fallar obtener o proveer sufficient completa certificacion medica puede resultar en el rechazo de de su peticion de FMLA. En acuerdo con 29 C.F.R. § 825.305(b).

Nombre de Empleado:_____

ID de Empleado:_____

Firmá de Empleado:_____ Fechá:_____

SECION III: PARA SER LLENA POR EL PROVEEDOR DE SALÚD

Instrucciones para el Proveedor de Salúd : Su paciente ha pedido una ausiencia bajo la FMLA, llene todas las partes aplicables de este formulario. Varias preguntas buscan responder a la frequencia o duracion de la condicion, tratamiento, etc. Sus respuestas deben ser lo mejor calculadas basadas en su conociemiento medico, experience, y examinacion de el paciente. Se lo mas preciso/a que pueda ser; terminos com los seguientes "por siempre," "desconocido," o intermedio" podrian no ser suficente para determinar su cobertura bajo la FMLA. Limite sus respuestas a la condicion para cual el empleado desea estar ausente. Por Favór asegurese de fimar este formulario en la ultima pagina.

Nombre de proveedor y direcion de el negocio: _____

Tipo de practica/ especialidad medica:_____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

PARTE A: HECHOS MEDICOS

Fecha Aproximada que comenso la condicion:_____

Duracion Probable de la condicion:_____

Marque lo que appliqué:

El paciente fue admitido para quedarse por la noche en el hospital, hospicio, o instalacion medica? _____Si _____No. Si es haci, fechas de admission: _____
Fechas que ustéd trato al paciente por su condicion: _____

Tendra el paciente que ser tratado al menos dos veces al año debido a su condicion medica? _____Si _____No.

Fueron medicamentos aprate de medicamentos sin receta, recetados? _____Si _____No.

Fue el paciente referrido a otro proveedor o proveedores para evaluacion o tratamiento(terapia fisica) _____Si ____No. Si es haci, declare la naturaleza de los tratamientos y tiempo de los tratamientos: _____
_____

Es la condicion medical por embarazo? _____Si _____No. Si es haci, dia esperado de nacimiento _____

Use la informacion proveida por el empleador en la Secion I para contestar esta pregunta. Si el empleador fallá en proveer una lista de las funciones esenciales de el empleado/a o descripcíon, responda estas preguntas basado en la descripcion de el empleado/a.

Sera emplado/a incapaz de realizar sus funciones laborales debido a la condicion: _____Si _____No.

Si es haci, identifique las funciones laborales que el empleado/a no puede hacer: _____
_____

Describa otros hechos medicos relevantes, si hay alguno, relacionados a la condicion por la cual el empleado busca tiempo(tales como hechos medicos pueden incluir sintomas, diagnosticos, o cualquier regimen de tratamiento continuo talez como uso de equipo especializado): _____
_____
_____
_____
_____
_____

PARTE B: TIEMPO NECESITADO

Estara el empleado incapacitado por un periodo continuo debido a su condicion incluyendo cualquier tiempo de tratamiento y recuperacion. _____Si _____No.

Si es haci, calcule el principio y final de las fechas de incapcidad:_____

Tendra el empleado que asistir citas para seguimiento o trabajar tiempo parcial o un horario reducido por la condicion medica? _____Si _____No.

Si es haci, hay tratamientos o horas reducidas necesarias debido a la necesidad medica? _____Si _____No.

Horario estimado de tratamiento, si hay alguno, incluyendo las fechas de cualquier cita or citas el tiempo requerido para cada cita, incluyendo el periodo de recuperacion: _____

Estime el tiempo parcial o tiempo reducido que el empleado/a necesite, si alguno_____ hora(s) por dia; _____ dias por semana de_____ hasta_____.

Causara la condicion de el empleado episodios periodicamente prevenidos por el empleado de hacer sus funciones laborales _____Si _____No.

Es medicamente necesario para el empleado/a estar usente durante estos episodios si llegaran a suceder? ____Si ____No. _____

Basado en el histotial medico de el paciente y su conocimiento la condidion medica, estime la frecuencia de los episodios y la duracion the la incapacidad que el paciente tendra sobre los siguientes 6 meses (por ejenplo, un episodio cada 3 meses, durara 1-2 dias)
Frecuencia_____ veces por_____ semana(s)_____ meses
Duracion_____ hora(s)o_____ dias por episodio.

Informacion adicional :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma de el proveedór de salúd: _____ Fecha: _____

Nombré en letrá de molde: _____

1525 Sherman St., Denver, CO 80203 P 303.866.5652 www.colorado.gov/dhr
John W. Hickenlooper, Governor | June Taylor, Executive Director