

INSTRUCCIONES PARA EL RECLAMANTE:

Utilice este formulario para solicitar los beneficios de licencia médica con la Oficina de Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. Este formulario se utiliza para determinar si tiene una “condición médica grave” según se define en la ley de Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. Usted debe completar la primera parte del formulario. Su médico o el proveedor de atención médica autorizado debe completar la segunda parte del formulario. Solo podrá finalizar el proceso de solicitud de beneficios de licencia médica después de que el médico haya completado y firmado este formulario. Al utilizar el portal de beneficios en línea de la Licencia Familiar Pagada disponible en [does.pflbas. dc.gov](https://does.pflbas.dc.gov), el sistema le indicará que cargue este formulario en el lugar adecuado en el proceso de solicitud.

SECCIÓN 1 (a ser completado por el reclamante)

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / _____	Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)	

SECCIÓN 2 (a ser completada por el proveedor de atención médica autorizado)

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Su paciente está solicitando beneficios de la Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. El objetivo de este formulario es determinar si el paciente califica para obtener beneficios de licencia médica conforme a la ley de Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. La mayoría de las preguntas a continuación requieren respuestas de sí o no seguidas por fechas, si corresponde. La calificación para los beneficios depende de las circunstancias específicas. Responder “Sí” a cada pregunta no necesariamente implicará que el reclamante califique para los beneficios.

A. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA				
<i>Todos los campos son necesarios, excepto cuando se indique lo contrario</i>				
Apellido	Nombre		Segundo nombre	
Dirección	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Correo electrónico		
Tipo de práctica / Especialidad médica				
Número de licencia estatal		Identificador de proveedor nacional (opcional)		
B. INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL RECLAMANTE				
Nombre del diagnóstico o declaración de los síntomas de la condición médica				

Código de CIE-10 principal para la condición médica		Código de CIE-10 secundario (opcional)		
_____		_____		
_____ (MM/DD/AAAA) Fecha del diagnóstico de la condición médica		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1. ¿La condición médica es embarazo?	Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha esperada de parto?	
_____ (MM/DD/AAAA)		Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha esperada (o real) de recuperación de la condición médica?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2. ¿Cree que su paciente tiene o tuvo una incapacidad para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades de la vida diaria debido a la condición médica o para recibir tratamiento por la condición médica?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3. ¿Existe una fecha esperada (o real) de recuperación de la condición médica?		
_____ (MM/DD/AAAA)		Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha esperada (o real) de recuperación de la condición médica? Si la respuesta es no, ¿no se espera una recuperación o se espera una recuperación pero se desconoce la fecha? <input type="checkbox"/> No se espera <input type="checkbox"/> Se espera pero se desconoce		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4. ¿Su paciente requirió ser ingresado en un hospital, hospicio o centro residencial para el cuidado de la salud con una duración mínima de una noche para tratar la condición médica?		
		Si la respuesta es sí, ¿cuáles fueron las fechas de asistencia del paciente hospitalizado? _____		

Sí No

5. ¿Esta condición médica causó un período de incapacidad continua del paciente que duró al menos tres (3) días consecutivos completos?

Si la respuesta es sí, ¿cuáles son o fueron las fechas de incapacidad causada por esta condición médica o necesidad de recibir tratamiento debido a esta condición médica?

Sí No

6. ¿Su paciente requirió o requerirá citas de tratamiento de seguimiento debido a esta condición?

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el cronograma actual de tratamiento?

Sí No

7. ¿Esta condición médica es crónica?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿espera que el paciente experimente episodios imprevisibles de la condición médica que generará la incapacidad para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades de la vida diaria?

Sí No

8. ¿Su paciente requiere de dos (2) o más visitas periódicas anuales para tratar esta condición médica? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son las fechas actuales programadas para el tratamiento, si las hay?

Sí No

9. Frente a la ausencia de tratamiento, ¿cree que esta condición médica causará un período de incapacidad continua del paciente que durará al menos tres (3) días consecutivos completos o provocará la muerte?

Sí No

10. ¿El paciente requiere de una cirugía para restablecer las capacidades funcionales debido a un accidente u otra lesión?

Si la respuesta es sí, ¿cuáles son las fechas actuales de la cirugía?

Añada cualquier información adicional sobre la condición o el tratamiento del paciente. (Opcional)

Certifico que soy un proveedor de atención médico autorizado que estoy brindando tratamiento a este paciente y que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y está completa.

Firma: _____ Fecha: _____