

INSTRUCCIONES PARA EL/LA RECLAMANTE:

Utilice este formulario para solicitar los beneficios de licencia médica con la Oficina de Licencia Familiar Pagada de DC. Este formulario se utiliza para determinar si su familiar tiene una “condición médica grave” como se define en la ley de Licencia Familiar Pagada de DC y si su familiar requiere su cuidado o compañía. Debe completar la parte 1 del formulario, en la que se pide información sobre usted (el/la reclamante) y su familiar. El médico o proveedor de atención médica autorizado que está tratando a su familiar debe completar la parte 2 del formulario. Puede completar el proceso de solicitud de beneficios de licencia familiar sólo después de que este formulario sea completado y firmado por el médico de su familiar.

Debe presentar este formulario a través del portal de beneficios de la Licencia Familiar Pagada disponible en does.pflbas.dc.gov. El sistema le pedirá que cargue este formulario durante el proceso de presentación de la solicitud. **Asegúrese de que el proveedor de atención médica complete todas las secciones de la parte 2 o su solicitud podría ser negada.**

PARTE 1 (Debe ser completada por el/la reclamante antes de la parte 2)		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / _____		
INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE RECIBIR EL FAMILIAR DEL/LA RECLAMANTE		
Nombre del miembro de la familia al que el/la reclamante va a cuidar		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Relación del familiar con el/la reclamante:		
Describa la naturaleza de los cuidados o la compañía que el/la reclamante proporcionará al miembro de la familia. _____ _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y completa.		
Firma: _____		Fecha: _____

PARTE 2 (Debe ser completada por el proveedor de atención médica autorizado)

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

El familiar de su paciente está solicitando los beneficios de la Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia con el fin de proporcionar atención o acompañamiento a su paciente. El propósito de este formulario es determinar si el miembro de la familia de su paciente califica para los beneficios de la licencia familiar de acuerdo con la ley de la Licencia Familiar Pagada. Por favor, complete las secciones **A** a **E**. Limite sus respuestas a la(s) condición(es) médica(s) por la(s) cual(es) el miembro de la familia de su paciente está solicitando beneficios de la Licencia Familiar Pagada.

Complete todas las secciones de la parte 2 o el formulario le será devuelto para obtener más información.

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

Código de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD)-10 principal para la condición médica		Código de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD)-10 secundario (opcional)		
_____		_____		
_____ Fecha en que se diagnosticó la enfermedad (MM/DD/AAAA)				

B. CONDICIÓN MÉDICA QUE CALIFICA (continuación)

Marque la casilla de cada declaración que sea aplicable a la condición médica de su paciente. Para cada casilla que marque, proporcione la información adicional requerida para esa declaración.

- Embarazo:** La condición de su paciente es un embarazo.
La fecha prevista de parto es _____ (MM/DD/AAAA).
- Cuidados de hospitalización durante la noche:** Su paciente fue admitido para recibir atención como paciente interno en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial durante al menos una noche para tratar esta condición de salud en la(s) siguiente(s) fecha(s):
_____.
- Incapacidad más tratamiento (completar los números 1, 2 y 3 de abajo (obligatorios)):**
1. La condición de salud de su paciente causó un período de incapacidad continua durante el cual su paciente no pudo trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria que duró al menos tres (3) días completos consecutivos desde _____ (MM/DD/AAAA) hasta _____ (MM/DD/AAAA).
 2. Su paciente requirió (o requerirá) tratamiento para esta condición de salud en las siguientes fechas (obligatorio):

_____.
 3. La condición de su paciente ([]ha, []no ha) dado como resultado un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (por ejemplo, tomar medicamentos recetados, asistir a citas de terapia). El régimen de tratamiento continuo implica:
_____.
- Condición crónica (complete los números 1, 2 y 3 a continuación (obligatorios)):**
1. La condición de su paciente ([]es, []no es) una condición de salud crónica
 2. Su paciente ([]necesita, []no necesita) dos (2) o más visitas médicas anualmente para tratar esta condición de salud.
 3. Usted ([]espera/ []no espera) que su paciente experimente episodios imprevisibles de la enfermedad crónica en cuestión que causen una incapacidad ocasional para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria.
- Incapacidad permanente:** Su paciente experimenta una incapacidad permanente o prolongada debido a su estado de salud y requiere la supervisión continua de un proveedor de atención médica (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer o un cáncer en etapa terminal).
- Cirugía reconstructiva:** Su paciente requiere una cirugía reconstructiva para conseguir una capacidad funcional (no estética) tras un accidente o lesión y requiere varios tratamientos de este tipo relacionados con el mismo accidente o lesión.
- Tratamiento preventivo:** Su paciente requiere tratamientos por parte de los proveedor de atención médica en al menos dos fechas para evitar la aparición de una enfermedad que sin tratamiento le causaría una incapacidad de al menos 3 días completos.
- Nacimiento de un feto muerto:** su paciente experimentó un nacimiento de un feto muerto en la siguiente fecha: _____ (MM/DD/AAAA).
- Ninguna de las anteriores:** La condición de su paciente no se encuentra en ninguna de las categorías anteriores.

C. CANTIDAD DE LICENCIA NECESARIA

Incapacidad continua: Su paciente experimentó (experimentará) un período de incapacidad continua para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria que comienza el _____ (DD/MM/AAAA) y termina el _____ (DD/MM/AAAA) (si es en el futuro, proporcione su mejor estimación).

Tratamientos médicos planificados: Su paciente requiere citas médicas planificadas para tratar la condición de salud en las siguientes fechas (futuras o pasadas):

Incapacidad intermitente: Su paciente experimentó (experimentará) una incapacidad intermitente para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria debido a la condición de salud. Si se conocen, esas fechas fueron (serán):

Si se desconoce, ([] se / [] no se) espera que su paciente experimente episodios imprevisibles o brotes de la enfermedad que causen incapacidad episódica para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria.

Por favor, proporcione cualquier información adicional sobre la enfermedad y/o el tratamiento.

D. NECESIDAD DE CUIDADOS O DE COMPAÑÍA

En su opinión médica, su paciente ([] necesita [] no necesita) cuidados o acompañamiento por parte del/la reclamante.

En su opinión médica, la naturaleza de los cuidados o de la compañía descrita por el/la reclamante arriba en la parte 1 ([] es [] no es) razonable y necesaria.

Por favor, proporcione cualquier información adicional sobre los cuidados que debe proporcionar el familiar.

E. CERTIFICACIÓN

Certifico que soy un proveedor de atención médica autorizado que está tratando a este paciente y que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y completa.

Firma: _____ Fecha: _____