



## Certificación de Su Grave Salud Condición

Se requiere que notifique a su empleador antes de presentar una solicitud. Una vez que haya notificado a su empleador, el Departamento de Licencia Familiar y Médica (DFML) revisará su solicitud para determinar su elegibilidad para beneficios. Tanto el empleado que está solicitando licencia como un proveedor de atención médica deben completar una parte de este formulario. Este formulario se compartirá con DFML, su empleador, afiliados del empleador y socios estatales.

### Este formulario es requerido para...

✓ Licencia médica debido a su propia condición de salud grave o condiciones debido al embarazo o recuperación postnatal que le impide trabajar, según lo certificado por un proveedor de atención médica.

### Este formulario es **no** requerido para la Licencia Familiar para...

✗ Cuidar a un familiar con un condición de salud grave incluyendo un familiar con una grave condición de salud condición relacionada con el servicio militar.

✗ Vínculo con un niño dentro de los 12 meses después de nacimiento, adopción o crianza colocación de cuidado.

✗ Gestionar asuntos para un familiar que es un servicio activo miembro.

## Cómo usar este formulario

### • Empleado

1. Complete **Sección 1** para informarnos sobre su razón para tomar licencia.
2. Imprima su nombre en **Páginas 4-6**. □
3. Dé **todas 6 las páginas** del formulario al proveedor de atención médica quien lo está tratando. El proveedor de atención médica completará **Secciones 2-4** y devolverle el formulario. Los beneficios se retrasarán o se negarán sin certificación de un proveedor de atención médica.
4. Solicite licencia en [Mass.gov/paidleave-apply](https://www.mass.gov/paidleave-apply). Cuando usted solicite necesitará este **formulario completo**. Algunas de las preguntas en la solicitud se referirán al formulario.
5. Suba el **formulario completo** a su cuenta de licencia pagada en [Mass.gov/paidleave-apply](https://www.mass.gov/paidleave-apply). Puede necesitar tomar una foto de su formulario o escanearlo para subirlo. Si no tiene una forma de subir el formulario, envíelo por fax a nosotros al (617)-855-6180, o llame a nuestro Centro de Contacto al (833)-344-7365. □

### + Proveedor de atención médica (HCP)

1. Revisar **Página 2** para definiciones de términos clave.
2. Complete **Secciones 2-4** para certificar la grave condición de salud.
3. Firme y feche el formulario en **Página 6** para atestiguar la información proporcionada.
4. Devuelva el **formulario completo** al paciente cuyo información está en **Sección 1**.



# A Definiciones de clave términos

• Empleado

+ Proveedor de atención médica

Refiérase a esta página mientras completa el formulario.

## Definición de una condición de salud grave

Una condición de salud grave podría incluir una enfermedad, lesión, discapacidad o condición física o mental que involucra al menos una de las siguientes dos condiciones:

1. Al menos una noche de atención hospitalaria en un hospital, hospicio o residencia instalación médica
2. Tratamiento continuo por un proveedor de atención médica

### Atención hospitalaria

Una estancia nocturna en un hospital, hospicio o atención médica residencial instalación, incluyendo cualquier período de incapacidad, o cualquier tratamiento posterior en conexión con dicha atención hospitalaria.

### Tratamiento continuo

Tratamiento para una condición que se ajusta a cualquiera de las siguientes descripciones:

- A. Cualquier incapacidad para trabajar durante más de tres días calendario completos consecutivos que también requiere visitas médicas. La primera visita de su paciente debe ser dentro de siete días desde el inicio de la incapacidad. Las citas de telemedicina también están incluidas. Estas visitas médicas deben cumplir con uno de los siguientes dos patrones:
  - Dos o más visitas dentro de los 30 días de la incapacidad de un paciente para trabajar (a menos que sea imposible reservar dos citas en este período de tiempo).
  - Una de estas visitas—excluyendo un examen físico de rutina, examen ocular o dental—más un régimen de atención o medicación bajo la supervisión del proveedor o prescripción, p. ej., cirugía ambulatoria o faringitis estreptocócica.

B. Cualquier incapacidad debido al embarazo o atención prenatal.

C. Cualquier incapacidad debido a una condición crónica, que es una condición que:

- Requiere visitas médicas periódicas,
- Continúa durante un período prolongado de tiempo, y
- Puede causar períodos episódicos de incapacidad que requieren licencia, p. ej., **asma o migrañas.**

D. Cualquier incapacidad debido a una condición permanente o a largo plazo que puede no responder al tratamiento, p. ej., enfermedad de Alzheimer o etapas terminales de cáncer.

E. Cualquier ausencia para recibir múltiples tratamientos, más cualquier tiempo de recuperación, para cualquiera de los siguientes:

- Cirugía restaurativa después de un accidente o lesión, p. ej., reemplazos de articulaciones o reconstrucción.
- Una condición que llevaría a más de tres días consecutivos de incapacidad si el paciente no recibiera tratamiento, p. ej., tratamientos de quimioterapia.

### Incapacidad

Una incapacidad para realizar las funciones de su trabajo debido a la grave condición de salud. Para los solicitantes desempleados, significa una incapacidad para realizar las funciones de su puesto más reciente u otro adecuado **empleo.**

## Definición de un proveedor de atención médica

### Proveedor de Atención Médica:

Un individuo licenciado por el estado, mancomunidad o territorio en el que el individuo ejerce la medicina, cirugía, odontología, quiropráctica, podología, partería u osteopatía, e incluyendo lo siguiente:

- A. Podólogos, dentistas, psicólogos clínicos, optometristas, y quiropraxistas (limitados a tratamientos que consisten en manipulación manual de la columna para corregir una subluxación como se demuestra que existe en una radiografía) autorizados para ejercer en un estado y dentro del alcance de su práctica como se define bajo la ley de ese estado, mancomunidad o territorio;
- B. Enfermeras practicantes, enfermeras parteras, trabajadores sociales clínicos y asistentes médicos que están autorizados para ejercer bajo la ley estatal y que están dentro del alcance de su práctica según lo definido por la ley de ese estado, mancomunidad o territorio;

C. Practicantes de Ciencia Cristiana registrados en la Primera Iglesia de Cristo, Científico en Boston, Massachusetts;

D. Un proveedor de atención médica mencionado anteriormente que ejerce en un país distinto de los Estados Unidos, que está autorizado para ejercer de acuerdo con la ley de ese país, y que está dentro del alcance de la práctica según lo definido bajo dicha ley.

# 1 Empleado Solicitando para Pagado Médico Licencia

Instrucciones □ [Complete esta sección con su propia información.](#)

El DFML utilizará la Sección 1 para vincular esta certificación con el resto de su solicitud para licencia pagada.

1 Su nombre:

Nombre:

Apellido:

2 (Si es diferente) Su nombre tal como aparece en documentos oficiales como una licencia de conducir o W-2:

Nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

3 Teléfono #: |\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_| □

4 Fecha de nacimiento: |<sup>m</sup>\_|<sup>m</sup>\_|/|<sup>d</sup>\_|<sup>d</sup>\_|/|<sup>y</sup>\_|<sup>y</sup>\_|<sup>y</sup>\_|<sup>y</sup>\_| □

5 Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o Número de Identificación del Contribuyente Individual (ITIN): |\_|\_|\_|\_| □

6 Ocupación:

## • Empleado

Escriba su nombre en la parte superior de las páginas restantes.

Después, entregue este formulario a su proveedor de atención médica para que lo complete [secciones 2-4](#). □

•Empleado

Su Nombre: \_\_\_\_\_

+Proveedor de atención médica

### Certificación del Proveedor de Atención Médica de una Condición de Salud Grave

## 2 Del paciente Grave Salud Condición

Instrucciones  Este formulario debe ser completado por el proveedor de salud del empleado proveedor. Para que el empleado califique para la licencia pagada, el paciente debe tener una condición de salud grave. Responda todas las preguntas de manera completa y detallada.

7  ¿Cuál de los siguientes se aplica a la condición de salud grave del paciente? Marque todas las que correspondan; esto incluye la salud mental.

Requiere, o requirió cuidado hospitalario.

Es crónica, requiere tratamientos en al menos dos veces al año, y puede requerir ausencias periódicas.

Ha incapacitado o incapacitará al paciente por más de tres días calendario completos consecutivos, (elija uno)

Es a largo plazo y requiere atención continua **supervisión médica, con o sin tratamiento activo.**

Requiere dos o más visitas médicas dentro de 30 días.

Requiere múltiples tratamientos y llevaría a un período de incapacidad **sin tratamiento.**

Requiere una visita médica, más un régimen de atención.

Ninguna de las anteriores.

Si ninguna se aplica, el paciente no está elegible para PFML.

8 Proporcione hechos médicos apropiados sobre la condición de salud grave del paciente (p. ej., síntomas, recetas, derivaciones para evaluación o tratamiento):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9 Indique al menos una función laboral esencial que el paciente no puede realizar debido a su condición de salud grave (p. ej., tareas específicas como sentarse en una computadora, realizar trabajo manual, tomar decisiones, o la capacidad de trabajar en absoluto)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10 ¿Es esta condición de salud grave una lesión relacionada con el trabajo?

Sí  No

11 ¿Está la condición de salud grave del paciente relacionada con el embarazo o la recuperación del parto?

Sí  No Si es así, ¿cuánto tiempo necesitará el paciente?

• El paciente necesitará aproximadamente  semanas por embarazo o atención prenatal.

• El paciente necesitará aproximadamente  semanas para la recuperación de parto o atención postnatal.

La licencia médica por embarazo, atención prenatal, o la recuperación del parto debe cumplir con la definición de una condición de salud grave.

Tomar Licencia Médica no afecta la capacidad del paciente de tomar Licencia Familiar para vincularse con su hijo, siempre que el número de semanas tomadas para la licencia no exceda el máximo de 26 semanas en un año de beneficios. **Hay** no se necesita ningún formulario para tomar licencia familiar para vincularse con un niño- solo prueba de nacimiento. [Aprender más.](#)

12 ¿Cuándo es la fecha de entrega esperada:  <sup>m</sup>  <sup>m</sup> /  <sup>d</sup>  <sup>d</sup> /  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>

• Empleado

Su Nombre: \_\_\_\_\_

+Proveedor de atención médica

### 3 Estimación de Licencia Detalles

Instrucciones  Las siguientes preguntas son sobre la frecuencia o duración de una condición. Marque todo lo que aplique a la condición del paciente, pero debe proporcionar su mejor estimación de la fechas de inicio y fin y la duración basado en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente.

13

**Licencia Continua:** Debido a la condición, el paciente está/estará incapacitado por un período continuo de tiempo (completamente incapaz de trabajar durante días consecutivos e ininterrumpidos).

Proporcione su mejor estimación de la fecha de inicio \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) y la fecha de finalización \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) para el período de incapacidad.

No use términos como "desconocido" o "TBD" ya que puede resultar en retrasos y revisiones al formulario.

14

**Licencia Reducida:** Debido a la condición, es médicamente necesario que el paciente trabaje un horario reducido pero consistente horario.

Proporcione su mejor estimación de horas que el paciente debería tomarse por semana durante el horario de licencia reducida. Desde \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) hasta \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) el paciente está no capaz de trabajar: (por ejemplo, 5 horas/día, hasta 25 horas a la semana) \_\_\_\_\_.

No use términos como "desconocido" o "TBD" ya que puede resultar en retrasos y revisiones al formulario.

15

**Licencia Intermitente:** Debido a la condición, es médicamente necesario que el paciente esté ausente del trabajo de manera intermitente (múltiples episodios de tiempo libre, que pueden ser irregulares o inesperados). Proporcione su mejor estimación de cuán a menudo (frecuencia) y cuánto tiempo (duración) es probable que duren los episodios de incapacidad.

Desde aproximadamente \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) hasta \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) (durante los próximos 6 meses), los episodios de incapacidad se estima que ocurren \_\_\_\_\_ veces por (  día/  semana/  mes) y es probable que duren aproximadamente \_\_\_\_\_ (  horas/  días) por episodio.

No use términos como "desconocido" o "TBD" ya que puede resultar en retrasos y revisiones al formulario.

