

Formulario para solicitud de licencia médica y familiar



Pago por Licencia
Médica y Familiar
CONNECTICUT

Si trabaja en Connecticut, puede solicitar la Pago por Licencia Médica y Familiar (PFML). Arch Insurance revisará todas las solicitudes para determinar si cumple con los requisitos para recibir los beneficios. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.



Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia



Planifique sus licencias. Las licencias pueden tomarse de forma continua (también conocidas como licencias en bloque), intermitente o con un horario reducido, de acuerdo con la Ley CT PFML.



Notifique a su empleador de CT al menos 30 días antes del inicio de la licencia (si es previsible). De lo contrario, notifique a su empleador lo antes posible.

Complete su(s) formulario(s) de reclamo y adjunte la documentación requerida



Complete la Parte A, Declaración del Reclamante, en su totalidad. Firme y feche el formulario, conserve una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamación a su empleador para que pueda completar la Parte B.



Su empleador de Connecticut completa la Parte B, Declaración del Empleador, en su totalidad. Deben hacer una copia de la reclamación para sus archivos y devolverle la declaración completa.



Complete la certificación para su tipo de licencia y adjunte la documentación de respaldo.

Tipos de licencia calificada (seleccione uno)

Nota: Si utiliza más de un tipo de licencia, se debe completar un paquete de reclamo por separado para cada tipo de licencia; no se puede solicitar más de una licencia para el mismo período de tiempo.

☐ **Licencia médica debido a mi propia condición grave de salud** (incluido embarazo, donación de órganos o médula ósea)

- ☐ Complete el formulario de autorización HIPAA y entrégueselo a su proveedor de atención médica, permitiendo que la información médica se comparta con Arch Insurance.
- ☐ Complete la parte superior del formulario CERTIFICACIÓN MÉDICA - AUTOCUIDADO
- ☐ Su proveedor de atención médica completa el resto del formulario de CERTIFICACIÓN MÉDICA - AUTOCUIDADO y se lo devuelve a usted completado.

☐ **Cuidar a un miembro de su familia con una condición grave de salud**

- ☐ Su familiar completa el formulario de autorización HIPAA y se lo proporciona a su proveedor de atención médica, lo que permite que la información médica se comparta con usted y Arch Insurance.
- ☐ Complete la parte superior del formulario CERTIFICACIÓN MÉDICA - ATENCIÓN FAMILIAR, proporcionando información sobre usted y su familiar calificado que requiere atención.
- ☐ Su proveedor de atención médica completa el resto del formulario de CERTIFICACIÓN MÉDICA - ATENCIÓN FAMILIAR y se lo devuelve a usted completado.

☐ **Cuidando a un familiar militar que fué herido durante el servicio militar**

- ☐ Su familiar completa el formulario de autorización HIPAA y se lo proporciona a su proveedor de atención médica, lo que permite que la información médica se comparta con usted y Arch Insurance.
- ☐ Complete la parte superior del formulario CERTIFICACIÓN MÉDICA - ATENCIÓN MILITAR, proporcionando información sobre usted y su familiar calificado que requiere atención.
- ☐ Su proveedor de atención médica completa el resto del formulario de CERTIFICACIÓN MÉDICA - ATENCIÓN MILITAR y se lo devuelve a usted completado.



Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamación completo:

Arch Insurance Company
P.O. Box 26316 Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979 Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

*Los beneficios descritos aquí están suscritos por Arch Insurance Company, NAIC n.º 11150, miembro de Arch Insurance Group Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para conocer los términos y condiciones detallados. La información que proporcione a Arch en este formulario se utilizará para administrar los beneficios de PFML. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y el monto del beneficio, Arch podría compartir su información con su(s) empleador(es) actual(es) o anterior(es), y con los Socios Estatales de PFML de CT. Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

¿Preguntas?

Contáctenos al 877-369-0979 o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

23-07-DBL01

Solicitud para Licencia Médica en Connecticut

Parte A: Información del empleado

(debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

- 1 **Nombre legal del empleado:** _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)
- 2 **Dirección postal del empleado:**
Dirección _____
Ciudad _____ Estado | ____ | Código postal | ____ |
- 3 **Número de Seguro Social:** ____ - ____ - ____
- 4 **Fecha de nacimiento del empleado:** | ____ / ____ / ____
m m d d a a a a
- 5 **Género del empleado:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No designado / Otro
- 6 **Número de teléfono del empleado:** (____) - ____ - ____
- 7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** _____
- 8 **¿Por qué estás solicitando licencia?**
☐ Por mi estado grave de salud. Deberá completar el Formulario de Autocuidado de la página 9.
☐ Por una condición grave de salud de un familiar en el servicio militar. Deberá completar el Formulario de Atención Familiar en la página 12.
☐ Cualquier otro problema grave de salud de un familiar (a partir del 1/7/21). Deberá completar el Formulario de Atención Militar en la página 15.
- 9 **La relación del familiar con el empleado (reclamante) es:**
☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre o padre del cónyuge ☐ Abuelo o abuelo del cónyuge
☐ Nieto ☐ Hijo (de cualquier edad) o cónyuge del hijo ☐ Hermano o hermano del cónyuge
- 10 **Información del empleador:**
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado | ____ | Código postal | ____ |
Promedio de horas trabajadas/semana | ____ | Promedio de días trabajados por semana | ____ | Salario promedio (\$) | ____ |

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud para Licencia Médica en Connecticut

Parte A (Continuación)

10a Enumere todos los empleadores adicionales del año pasado:

Nombre del empleador n.º 1

Dirección

Ciudad

Estado | _ _ |

Código postal | _ _ _ _ _ |

Periodo de empleo:

Desde | m m / d d / a a a a | hasta | m m / d d / a a a a |

Promedio de horas trabajadas/semana | _ | Promedio de días trabajados por semana | _ | Salario promedio (\$) | _ |

Nombre del empleador n.º 2

Dirección

Ciudad

Estado | _ _ |

Código postal | _ _ _ _ _ |

Periodo de empleo:

Desde | m m / d d / a a a a | hasta | m m / d d / a a a a |

Promedio de horas trabajadas/semana | _ | Promedio de días trabajados por semana | _ | Salario promedio (\$) | _ |

Nombre del empleador n.º 3

Dirección

Ciudad

Estado | _ _ |

Código postal | _ _ _ _ _ |

Periodo de empleo:

Desde | m m / d d / a a a a | hasta | m m / d d / a a a a |

Promedio de horas trabajadas/semana | _ | Promedio de días trabajados por semana | _ | Salario promedio (\$) | _ |

11 ¿La licencia será por tiempo continuo y/o periódico?

☐

Continuo

Fecha de inicio de la licencia

Fecha de finalización de la licencia

| m m / d d / a a a a | | m m / d d / a a a a |

☐

Las fechas son estimadas

☐

Periódico

Identifique las fechas en que se tomarán las vacaciones periódicas: _____

☐

Las fechas son estimadas

12 ¿Se le dio a su empleador un aviso con 30 días de anticipación para esta licencia?

☐

Sí

Fecha de aviso proporcionado al empleador

| m m / d d / a a a a |

☐

No

Razón: _____

¿Preguntas?

Contáctenos al **877-369-0979**
o encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability

23-07-DBL01

Solicitud para Licencia Médica en Connecticut

Parte A (Continuación)

13 ¿Ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?

Tipo de beneficio	Recibió	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. PFML	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (enfermedad/ licencias/ tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor, especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por la presente, solicito beneficios bajo la Ley de Pago por Licencia Familiar y Médica en Connecticut. Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa podrá resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal. Además, certifico que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso.

Firma del empleado:

Fecha: | m | m | d | d | a | a | a | a |
 | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

Solicitud de pago por Licencia Médica en Connecticut

Parte B: Información del empleador

(debe ser completado por el empleador para el empleado mencionado anteriormente que solicita PFML)

1 Información del empleador:

Nombre legal completo de la empresa:

Dirección

Ciudad

Estado |

Código postal |

País (si no es EE. UU.):

2 Número de póliza:

3 Número de identificación patronal federal (FEIN) de la empresa:

4 Nombre de contacto para preguntas relacionadas con Medicina y PFL:

5 Teléfono de contacto: () - -

6 Dirección de correo electrónico de contacto:

7 Situación laboral actual del empleado:

☐ Empleado activo-no despedido

☐ Despido del empleo — Fecha del despido: m m / d d / a a a a

8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: m m / d d / a a a a

9 Último día trabajado antes de la licencia:

Fecha: m m / d d / a a a a

10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?

☐ Sí ☐ No

Fecha de regreso al trabajo: m m / d d / a a a a ☐ Real ☐ Estimado

11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado:

¿Preguntas? Contáctenos al 877-369-0979
o encuentrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de pago por Licencia Médica en Connecticut

Part B Continued

12 Por favor marque las casillas correspondientes:

☐ Exento ☐ No exento ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Por hora

Horas/semana: _____

13 Verificación de empleo de Connecticut ("CT"):

- a. ¿Las ganancias del empleado se informan al final del año en el formulario W-2 del IRS? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 13b)
- b. ¿El empleado está sujeto a obligaciones del Seguro de Desempleo en Connecticut? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 13c)
- c. ¿El servicio del empleado está localizado (se realiza íntegramente) dentro de CT? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿la base de operaciones del empleado se encuentra en CT y parte del trabajo se realiza allí? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 13e)
- e. Si no hay base de operaciones, ¿el empleado realiza algunos servicios dentro de CT y recibe dirección y control de CT? ☐ Sí ☐ No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay lugar de dirección y control, ni servicios localizados, ni base de operaciones en CT, ¿el empleado reside en CT? ☐ Sí ☐ No

14 Seleccione los días de la semana en que habitualmente trabaja el empleado:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

15 Proporcione el historial de ganancias del empleado correspondiente a los 4 trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de licencia:

Trimestre final (mm/aaaa)	Salarios brutos (\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

16 Proporcione las horas de trabajo programadas de las últimas 4 semanas en las que el empleado se presentó a trabajar antes de la licencia:

Semana 1 _____

Semana 2 _____

Semana 3 _____

Semana 4 _____

Semana 5 _____

Semana 6 _____

Semana 7 _____

Semana 8 _____

Semana 9 _____

Semana 10 _____

Semana 11 _____

Semana 12 _____

Promedio: _____

17 ¿Se utilizarán las licencias de forma continua, intermitente o con un calendario reducido? Indique los detalles a continuación.

Licencia en bloque/licencia continua: Fecha de inicio (mm/dd/aaaa) _____ Hasta (mm/dd/aaaa) _____

Licencia intermitente: Fechas solicitadas: _____

Calendario de licencias reducidas: Frecuencia de las licencias: (ej: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes) _____

¿Preguntas? Contáctenos al 877-369-0979
o encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de pago por Licencia Médica en Connecticut

Parte B (Continuación)

17 ¿El empleado que solicitó licencia previsible le dio 30 días de anticipación?

☐ Sí ☐ No Fecha de aviso proporcionado al empleador: | m m / | d d / | a a a a |

18 ¿El empleado ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?

Tipo de beneficio	Recibió	Reclamado	Desde (mm/dd/aaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. PFML	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (enfermedad/vacaciones/ tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor, especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

19 ¿El empleado está tomando la FMLA de CT al mismo tiempo que esta licencia?

☐ Sí ☐ No

20 ¿El empleado está obligado a utilizar tiempo libre remunerado (PTO), licencia por enfermedad u otro tiempo libre remunerado antes o mientras recibe los beneficios de licencia pagada?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione detalles sobre la cantidad de horas disponibles del empleado e indique la(s) fecha(s) en que corresponde este tiempo libre remunerado. Los beneficios de PFML no pueden recibirse simultáneamente con el tiempo libre remunerado. Según lo exige el Estatuto General de Connecticut, artículo 31-511(e), un empleado puede conservar al menos dos semanas de tiempo libre remunerado si la FMLA de CT se aplica simultáneamente con el PFML. Estas dos semanas no deben incluirse en los detalles.

Número de horas: _____ Fecha de inicio: (mm/dd/aaaa) _____ Fecha de finalización: (mm/dd/aaaa) _____

Declaración y Firma:

Soy la persona autorizada a firmar como empleador del empleado que solicita beneficios bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica Pagada de Connecticut. Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra falta de información veraz, precisa y completa puede resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Firma: _____

Fecha: | m m / | d d / | a a a a |

Fin de la Parte B

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

23-07-DBL01

Autorización HIPPA para el uso y divulgación de información

Instrucciones: La persona que requiere atención completa este formulario y entrega una copia completa a su proveedor de atención médica. Si solicita una licencia médica debido a su propia condición grave de salud, puede completar este formulario. Si solicita una licencia para cuidar a un familiar calificado o a un miembro del servicio militar con una condición grave de salud, el familiar que requiere atención ("Receptor de Cuidado") debe completar el formulario en su totalidad, firmarlo, fecharlo y entregárselo a su proveedor de atención médica junto con el formulario de Certificación Médica. Conserve una copia del formulario completo para sus registros.

1 Información del destinatario de la atención

Nombre de la persona que recibirá atención: _____

Dirección postal de la persona que recibe la atención: _____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Dirección _____

Ciudad _____

Estado | ____ |

Código postal | ____ |

Número de teléfono de contacto del destinatario de la atención: (____) - ____ - ____

Fecha de nacimiento del destinatario de la atención: | m ____ / d ____ / a ____ a ____

2 Información del proveedor de atención médica

Nombre del proveedor de atención médica del destinatario de la atención: _____

Dirección postal del proveedor de atención médica: _____

(Incluya la designación profesional completa, es decir, MD, DO)

Dirección _____

Ciudad _____

Estado | ____ |

Código postal | ____ |

Número de teléfono de contacto del proveedor de atención médica: (____) - ____ - ____

3 Autorización

Yo _____ autorizo a _____ para
(escriba el nombre completo del destinatario de la atención) (inserte el nombre del proveedor de atención médica)

Completar la Certificación Médica y divulgar la Información Médica Protegida ("PHI") relacionada con mi condición médica, para la cual se solicita la certificación médica y la PFML, a la compañía de seguros de licencia médica y familiar remunerada ("PFML") que se indica a continuación.

Aseguradora: Arch Insurance Company, PO Box #26316, Collegeville, PA 19426

A menos que haya marcado la información que se puede divulgar, NO quiero que mi proveedor de atención médica divulgue los siguientes tipos de información:

- ☐ Información relacionada con el VIH/SIDA ☐ Información de salud mental ☐ Información sobre abuso de sustancias ☐ Notas de psicoterapia

4 Aceptación: Entiendo que:

- Esta Autorización es voluntaria.
- Mi tratamiento y el pago de mi tratamiento no se verán afectados si firmo o no esta autorización;
- Esta autorización expirará un año a partir de la fecha en que se firma abajo, a menos que sea revocada de otra manera;
- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando por escrito al Proveedor de Atención Médica, pero la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada;
- La información que se divulgue de conformidad con esta Autorización podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida; y,
- Puedo solicitar una copia de esta Autorización y debo proporcionar una copia a Arch Insurance Group.

5 Firma (La página 1 de este formulario debe completarse antes de firmar a continuación)

Firma del destinatario que brinda la atención o del representante legal del destinatario: _____

Fecha de la firma: _____

Si está firmado por el representante legal del destinatario que brinda la atención, complete lo siguiente: (mm/dd/aaaa)

Nombre impreso del representante legal del destinatario que brinda la atención: _____

Relación del destinatario que brinda la atención con el representante legal: _____

Marque cuál de las siguientes opciones le otorga autoridad para actuar como representante legal:

- ☐ Derecho parental ☐ Poder notarial (adjuntar copia) ☐ Apoderado para atención médica (adjuntar copia) ☐ Orden judicial (adjuntar copia)

Certificación Médica - Formulario de Autocuidado

Información del empleado (debe ser completada por el empleado que solicita licencia médica)

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Certificación médica (debe ser completada por el proveedor de atención médica del empleado)

Instrucciones:

Por favor, escriba la información legiblemente y responda todas las preguntas de forma completa. Al proporcionar información sobre la duración de una afección o la frecuencia del tratamiento, sea específico. Las fechas son estimaciones basadas en la información médica del paciente y en consonancia con las directrices generales. No utilice términos como "desconocido", "de por vida", "indeterminado", ya que esto retrasará el proceso de reclamación del paciente y las respuestas se considerarán incompletas. Después de completar este formulario, devuélvaselo al paciente. No proporcione información sobre pruebas genéticas, según se define en el Título 29 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), § 1635.3(f), servicios genéticos, según se define en el Título 29 del C.F.R., § 1635.3(e), ni sobre la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, Título 29 del C.F.R., § 1635.3(b).

Definiciones/Ejemplos:

Condición grave de salud: una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que implica:

- a. atención en un hospital, hospicio, residencia de ancianos o centro médico residencial; o
- b. tratamiento continuo (incluido el tratamiento ambulatorio) por parte de un profesional de la salud.

Atención hospitalaria: Una estadía de una noche en un hospital, hospicio, hogar de ancianos o centro de atención médica residencial, incluido cualquier período de incapacidad o cualquier tratamiento posterior en relación con dicha atención

Tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica: Tratamiento para una condición que se ajuste a cualquiera de las siguientes descripciones:

- Cualquier incapacidad laboral que supere los tres días calendario completos consecutivos y que requiera visitas médicas. La primera visita debe realizarse dentro de los siete días posteriores al inicio de la incapacidad. También se incluyen las consultas de telesalud. Estas visitas médicas deben cumplir uno de los dos siguientes patrones:
 - Dos o más visitas dentro de los 30 días posteriores a la incapacidad para trabajar del paciente (a menos que sea imposible reservar dos citas en este período de tiempo).
 - Una de esas visitas (excluyendo un examen físico, ocular o dental de rutina) más un régimen de atención (por ejemplo, terapia) o medicación recetada (por ejemplo, un antibiótico) bajo la supervisión del proveedor médico.
 - Tomar medicamentos de venta libre (por ejemplo, aspirina), o reposar en cama, beber líquidos, hacer ejercicio y otras actividades similares que se puedan iniciar sin una visita a un proveedor de atención médica no se consideran suficientes para ser considerados un régimen de tratamiento continuo.
- Cualquier incapacidad debido al embarazo o atención prenatal
- Cualquier incapacidad debido a una condición crónica, que es una condición que:
 - Requiere visitas médicas periódicas al menos 2 veces al año
 - Continúa durante un período prolongado de tiempo y
 - Puede causar periodos de incapacidad que requieren licencia. Por ejemplo, asma, migrañas, diabetes, epilepsia.
- Cualquier incapacidad debida a una condición permanente o crónica que no responda al tratamiento. Por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, un accidente cerebrovascular grave o las etapas terminales de una enfermedad.
- Cualquier ausencia para recibir tratamientos múltiples, más el tiempo de recuperación, por cualquiera de los siguientes motivos:
 - Cirugía restauradora tras un accidente o lesión. Por ejemplo, reemplazo o reconstrucción de articulaciones.
 - Una condición que causaría más de tres días calendario consecutivos de incapacidad si el paciente no recibiera tratamiento. Por ejemplo, cáncer (quimioterapia o radioterapia), artritis grave (fisioterapia) o enfermedad renal (diálisis).

Incapacidad: Falta de capacidad para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades cotidianas debido a una condición grave de salud, su tratamiento o su recuperación. Para los solicitantes desempleados, significa la falta de capacidad para desempeñar las funciones de su puesto más reciente u otro empleo adecuado.

Certificación Médica - Formulario de Autocuidado

Continuado

1 Información médica

- a. ¿Tiene el paciente una enfermedad grave? Consulte las definiciones arriba. ☐ Sí ☐ No
- b. ¿Cuál fue la primera fecha en la que comenzó el estado grave de salud del paciente? _____
- c. ¿Cuál es la duración probable del problema grave de salud? (por ejemplo: 3 meses, 2 sema-

- d. ¿El problema grave de salud está relacionado con el trabajo? ☐ Sí ☐ No
- e. ¿El problema grave de salud está relacionado con el embarazo? (Si es así, complete la sección Embarazo) ☐ Sí ☐ No
- f. ¿El problema grave de salud está relacionado con la donación de órganos o de médula ósea? ☐ Sí ☐ No
- g. ¿Cuáles de las siguientes opciones se aplican al estado grave de salud del paciente? Marque todas las que correspondan.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Requiere o requirió atención hospitalaria | <input type="checkbox"/> Requiere 1 visita médica más un régimen de cuidados. |
| <input type="checkbox"/> Ha incapacitado o incapacitará al paciente durante más de 3 días calendario completos consecutivos | <input type="checkbox"/> Es crónica, requiere tratamientos al menos 2 veces al año y puede requerir ausencias periódicas |
| <input type="checkbox"/> Requiere 2 o más visitas médicas dentro de 30 días | <input type="checkbox"/> Es a largo plazo y requiere supervisión médica continua, con o sin tratamiento activo |
| <input type="checkbox"/> Requiere múltiples tratamientos y daría lugar a un período de incapacidad sin tratamiento | |

2 Diagnóstico/Análisis

Código de diagnóstico: _____

Signos y síntomas: _____

Hallazgos objetivos: _____

3 Tratamiento y atención: Todas las preguntas deben responderse. La falta de respuestas o respuestas incompletas retrasará la tramitación de la reclamación. No indique fechas como "Por determinar", "Desconocida" o "De por vida".

Fecha
(mm/dd/aaaa)

- a. Fecha del primer tratamiento (indique la primera fecha en que el paciente recibió tratamiento o fue atendido por usted por esta condición de salud grave) _____
- b. Fecha del tratamiento más reciente (la fecha más reciente en que el paciente fue atendido por esta condición de salud grave) _____
- c. Fecha en que el paciente no pudo trabajar debido a esta condición grave de salud (fecha en que se le consideró incapaz de realizar sus tareas laborales debido a su condición grave de salud) _____
- d. Fecha en la que el paciente podrá regresar a trabajar (fecha estimada en la que el paciente puede regresar a trabajar. Esta no es la fecha de finalización de la FMLA, sino la fecha en la que el paciente es médicamente capaz de trabajar) _____

4 Condición grave de salud relacionada con el embarazo

Fecha
(mm/dd/aaaa)

- a. Fecha estimada del parto: _____
- b. Fecha real del parto: _____
- c. Tipo de parto (seleccione uno si lo conoce) ☐ Vaginal ☐ Cesárea
- d. Complicaciones preparto, si las hubiera: _____
- e. Complicaciones posparto, si las hubiera: _____

El período estándar de recuperación posparto es de 6 semanas para un parto normal y de 8 semanas para una cesárea. A menos que se presenten complicaciones y se indique en esta certificación que justifiquen la extensión del período de recuperación, la fecha estimada de reincorporación al trabajo se aplicará con base en este estándar de 6 u 8 semanas.

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuétranos en línea en archinsurance.com/disability

23-07-DBL01

Certificación Médica - Formulario de Autocuidado

Continuado

5 Licencia médica necesaria: Indique si su paciente necesitará licencia laboral continua o intermitente o con horario reducido. En caso de licencia intermitente o con horario reducido, detalle la frecuencia de la licencia y la duración aproximada de cada episodio. Marque todas las opciones que correspondan.

a. Permiso en bloque/continuo
(completamente incapaz de trabajar durante días consecutivos e ininterrumpidos)

Desde (mm/dd/aaaa) _____ Hasta (mm/dd/aaaa) _____

b. Horario de licencias reducido

(un horario consistente pero reducido durante varias semanas.)

Frecuencia de licencia requerida (por ejemplo: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes) : _____

c. Licencia intermitente

(Permisos en períodos de tiempo separados, no consecutivos, en lugar de un solo lapso de tiempo por un una razón que califica. Tiempo libre episódico)

Desde (mm/dd/aaaa) _____ Hasta (mm/dd/aaaa) _____

Frecuencia de baja por brotes o tratamientos relacionados con esta condición grave de salud (p. ej.: 1 episodio cada 3 meses de 1 a 2 días de duración)

Frecuencia del episodio: # de veces Por semana Por mes Por año

Duración del episodio: # Minutos # Horas # Día(s) completo(s)

6 Información del proveedor de atención médica: Por favor, escriba legiblemente toda la información solicitada, firme y fecha. Conserve una copia del formulario para sus archivos y devuélvalo al paciente una vez completado.

Nombre y apellido: _____

Designación profesional: _____
(Ej.: MD, DO, PA, CNM)

Teléfono #: _____

Estado de la licencia: _____

Número de fax #: _____

Licencia #: _____

Dirección postal: (nombre del consultorio, dirección, ciudad, estado, código postal) _____

Declaración y Firma

Notificación:

Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa podrá resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Certifico que he examinado al paciente y respondido las preguntas con precisión y en la medida de mis posibilidades, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Firma del proveedor de atención médica: _____

Fecha: | m | m | d | d | a | a | a | a |
| ____ | ____ | / | ____ | ____ | / | ____ | ____ | ____ | ____ |

Fin de la Certificación Médica - Formulario de Autocuidado

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Certificación Médica - Formulario de Atención Familiar

Información del empleado (debe ser completada por el empleado que solicita licencia para cuidar a un miembro de la familia que tiene una condición grave de salud)

1 **Nombre legal del empleado:** _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Información del miembro de la familia (miembro de la familia cubierto que requiere cuidado debido a su condición grave de salud)

1 **Nombre legal de 1 miembro de la familia:** _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 **Fecha de nacimiento del miembro de la familia:** | m | m | d | d | a | a | a | a |
| _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

3 **Dirección postal del miembro de la familia:**

Dirección

Ciudad

Estado | _ | _ |

Código postal | _ | _ | _ | _ | _ |

4 **Relación del familiar con el empleado que solicita la licencia:**

- ☐ Cónyuge ☐ Padre o padre del cónyuge ☐ Abuelo o abuelo del cónyuge
☐ Nieto ☐ Hijo (de cualquier edad) o cónyuge del hijo ☐ Hermano o hermano del cónyuge
☐ Persona relacionada por consanguinidad o afinidad cuya estrecha relación el trabajador se considera igual a la de un parentesco familiar

5 **Proporcione detalles sobre el tipo de atención que necesitará el miembro de la familia:**

- ☐ Asistencia con necesidades básicas médicas, higiénicas, nutricionales o de seguridad
☐ Transporte ☐ Cuidado físico ☐ Comodidad física
☐ Otro: (por favor describa) _____

Certificación médica (debe ser completada por el proveedor de atención médica del miembro de la familia)

Instrucciones:

Por favor, escriba la información legiblemente y responda a todas las preguntas de forma completa. Al proporcionar información sobre la duración de una condición o la frecuencia del tratamiento, sea específico. Las fechas son estimaciones basadas en la información médica del paciente y en consonancia con las directrices generales. No utilice términos como "desconocido", "de por vida", "indeterminado", ya que esto retrasará el proceso de reclamación del paciente y las respuestas se considerarán incompletas. Después de completar este formulario, devuélvaselo al paciente. No proporcione información sobre pruebas genéticas, según se define en el Título 29 del Código de Regulaciones Federales (CFR), § 1635.3(f), servicios genéticos, según se define en el Título 29 del CFR, § 1635.3(e),

Definiciones/Ejemplos:

Condición grave de salud: una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que involucra:

- a. atención hospitalaria, hospicio, hogar de ancianos o centro médico residencial; o
b. tratamiento continuo (incluido el tratamiento ambulatorio) por parte de un proveedor de atención médica

Atención hospitalaria: Una estadía de una noche en un hospital, hospicio, hogar de ancianos o centro de atención médica residencial, incluido cualquier período de incapacidad o cualquier tratamiento posterior en relación con dicha atención hospitalaria.

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Certificación Médica - Formulario de Atención Familiar

Continuado

Tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica: Tratamiento para una condición que se ajuste a cualquiera de las siguientes descripciones:

- Cualquier incapacidad laboral por más de tres días calendario completos consecutivos que requiera visitas médicas. La primera visita del paciente debe realizarse dentro de los siete días posteriores al inicio de la incapacidad. También se incluyen las consultas de telesalud. Estas visitas médicas deben cumplir uno de los dos siguientes patrones:
 - Dos o más visitas dentro de los 30 días posteriores a la incapacidad del paciente para trabajar (a menos que sea imposible reservar dos citas en este período de tiempo).
 - Una de esas visitas (excluyendo un examen físico, ocular o dental de rutina) más un régimen de atención (por ejemplo, terapia) o medicación recetada (por ejemplo, un antibiótico) bajo la supervisión del proveedor médico.
 - Tomar medicamentos de venta libre (por ejemplo, aspirina), o reposar en cama, beber líquidos, hacer ejercicio y otras actividades similares que se puedan iniciar sin una visita a un proveedor de atención médica no se consideran suficientes para ser considerados un régimen de tratamiento continuo.
- Cualquier incapacidad debida al embarazo o atención prenatal
- Cualquier incapacidad debida a una condición crónica, que es una condición que:
 - Requiere visitas médicas periódicas al menos 2 veces al año
 - Continúa durante un período prolongado de tiempo y
 - Puede causar periodos episódicos de incapacidad que requieren licencia. Por ejemplo, asma, migrañas, diabetes, epilepsia.
- Cualquier incapacidad debido a una condición permanente o crónica que no responda al tratamiento. Por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, un accidente cerebrovascular grave o las etapas terminales de una enfermedad.
- Cualquier ausencia para recibir tratamientos múltiples, más cualquier tiempo de recuperación, por cualquiera de los siguientes motivos:
 - Cirugía restauradora tras un accidente o lesión. Por ejemplo, reemplazo o reconstrucción de articulaciones.
 - Una condición que causaría más de tres días calendario consecutivos de incapacidad si el paciente no recibiera tratamiento. Por ejemplo, cáncer (quimioterapia o radioterapia), artritis grave (fisioterapia) o enfermedad renal (diálisis).

Incapacidad: Falta de capacidad para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades cotidianas debido a una condición grave de salud, su tratamiento o su recuperación. Para los solicitantes desempleados, significa la falta de capacidad para desempeñar las funciones de su puesto más reciente u otro empleo adecuado.

1 Información médica

- a. ¿Tiene el paciente (familiar) una enfermedad grave? Consulte las definiciones anteriores ☐ Sí ☐ No
- b. ¿Cuál fue la primera fecha en la que comenzó el estado grave de salud del paciente? _____
- c. ¿Cuál es la duración probable de la condición grave? (p. ej.: 3 meses, 2 semanas) _____
- d. ¿Cuáles de las siguientes opciones se aplican al estado grave de salud del paciente? Marque todas las opciones que correspondan.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Requiere o requirió atención hospitalaria | <input type="checkbox"/> Requiere 1 visita médica más un régimen de cuidados |
| <input type="checkbox"/> Ha incapacitado o incapacitará al paciente durante más de 3 días calendario completos consecutivos | <input type="checkbox"/> Es crónica, requiere tratamientos al menos 2 veces al año y puede requerir ausencias periódicas |
| <input type="checkbox"/> Requiere 2 o más visitas médicas dentro de 30 días | <input type="checkbox"/> Es a largo plazo y requiere supervisión médica continua, con o sin tratamiento activo |
| <input type="checkbox"/> Requiere múltiples tratamientos y daría lugar a un período de incapacidad sin tratamiento | |

2 Diagnóstico/Análisis

Código de diagnóstico: _____

Signos y síntomas: _____

Resultados objetivos: _____

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o enuéntrémos en línea en archinsurance.com/disability

Certificación Médica - Formulario de Atención Familiar

Continuado

- 3 Licencia necesaria:** Indique si su paciente (familiar) requerirá atención del empleado mencionado anteriormente (familiar del paciente) de forma continua, con licencia reducida o intermitente. Si se trata de una licencia intermitente o reducida, detalle la frecuencia de la licencia necesaria y la duración aproximada de cada episodio. Marque todas las opciones que correspondan.

	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)			
a. Permiso en bloque/continuo (completamente incapaz de trabajar durante días consecutivos e ininterrumpidos)	_____	_____			
b. Horario de vacaciones reducido (un horario consistente pero reducido durante varias semanas) Frecuencia de licencia requerida (por ejemplo: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes):	_____	_____			
c. Licencia intermitente (Permisos en períodos separados, no consecutivos, en lugar de un solo período de tiempo por un solo motivo justificado. Permisos esporádicos).	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)			
	_____	_____			
Frecuencia de baja por brotes o tratamientos relacionados con esta condición grave (p. ej.: 1 episodio cada 3 meses de 1 a 2 días de duración)	Frecuencia del episodio:	# de veces	Por semana	Por mes	Por año
	_____	_____	_____	_____	_____
	Duración del episodio:	# Minutos	# Horas	# Día(s) completo(s)	
	_____	_____	_____	_____	

- 4 Información del proveedor de atención médica:** Por favor, escriba legiblemente toda la información solicitada, firme y feche. Conserve una copia del formulario para sus archivos y devuélvalo al paciente una vez completado.

Nombre y apellido:	_____	Designación profesional:	_____
		(Ej.: MD, DO, PA, CNM)	
Teléfono #:	_____	Estado de la licencia:	_____
Número de fax:	_____	Licencia #:	_____
Dirección postal: (nombre del consultorio, dirección, ciudad, estado, código postal) _____			

Declaración y Firma

Notificación:

Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa podrá resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Certifico que he examinado al paciente y respondido las preguntas con precisión y en la medida de mis posibilidades, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Firma del proveedor de atención médica: _____

Fecha: | m | m | d | d | a | a | a | a |

Formulario de Fin de Certificación Médica - Atención Familiar

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en **archinsurance.com/disability**

23-07-DBL01

Certificación Médica - Formulario de Atención Militar

Información del empleado (debe ser completada por el empleado que solicita licencia para cuidar a un miembro de la familia con una condición grave de salud)

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Información para miembros del servicio (miembro del servicio militar que requiere atención debido a condición grave de salud)

Nota: Según la CT PFML, un "miembro del servicio cubierto" se refiere a un miembro activo de las Fuerzas Armadas. A efectos de la licencia para personas que cuidan militares, no se incluye a los veteranos.

1 Nombre legal del miembro del servicio: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 Dirección postal del miembro del servicio:

Dirección

Ciudad

Estado | |

Código postal | |

3 Relación del miembro del servicio con el empleado que solicita la licencia:

☐ Cónyuge ☐ Padre o padre del cónyuge ☐ Hijo (de cualquier edad) o cónyuge del hijo ☐ Pariente más próximo

4 Afiliación de miembros del servicio (servicio activo)

☐ Fuerza Aérea ☐ Ejército ☐ Guardia Costera ☐ Cuerpo de Marines ☐ Armada ☐ Reservas ☐ Guardia Nacional

5 Proporcione detalles sobre el tipo de atención que necesitará el miembro del servicio:

☐ Asistencia con necesidades básicas médicas, higiénicas, nutricionales o de seguridad
☐ Transporte ☐ Cuidado físico ☐ Comodidad física
☐ Otro: (por favor describa) _____

Certificación médica (completada por el proveedor de atención médica del miembro del servicio)

Instrucciones:

Por favor, escriba la información legiblemente y responda a todas las preguntas de forma completa. Al proporcionar información sobre la duración de una condición o la frecuencia del tratamiento, sea específico. Las fechas son estimaciones basadas en la información médica del paciente y en consonancia con las directrices generales. No utilice términos como "desconocido", "de por vida", "indeterminado", ya que esto retrasará el proceso de reclamación del paciente y las respuestas se considerarán incompletas. Después de completar este formulario, devuélvaselo al paciente. No proporcione información sobre pruebas genéticas, según se define en el Título 29 del Código de Regulaciones Federales (CFR), § 1635.3(f), servicios genéticos, según se define en el Título 29 del CFR, § 1635.3(e), ni sobre la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, Título 29 del CFR, § 1635.3(b).

Definiciones/Ejemplos:

Condición grave de salud: una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que involucra:

- a. atención hospitalaria, hospicio, hogar de ancianos o centro médico residencial; o
- b. tratamiento continuo (incluido el tratamiento ambulatorio) por parte de un proveedor de atención médica

Atención hospitalaria: Una estadía de una noche en un hospital, hospicio, hogar de ancianos o centro de atención médica residencial, incluido cualquier período de incapacidad o cualquier tratamiento posterior en relación con dicha atención hospitalaria.

Certificación Médica - Formulario de Atención Militar

Continuado

Tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica: Tratamiento para una condición que se ajuste a cualquiera de las siguientes descripciones:

- Cualquier incapacidad laboral que supere los tres días calendario completos consecutivos y que requiera visitas médicas. La primera visita debe realizarse dentro de los siete días posteriores al inicio de la incapacidad. También se incluyen las consultas de telesalud. Estas visitas médicas deben cumplir uno de los dos siguientes patrones:
 - Dos o más visitas dentro de los 30 días posteriores a la incapacidad del paciente para trabajar (a menos que sea imposible reservar dos citas en este período de tiempo).
 - Una de esas visitas (excluyendo un examen físico, ocular o dental de rutina) más un régimen de atención (por ejemplo, terapia) o medicación recetada (por ejemplo, un antibiótico) bajo la supervisión del proveedor.
 - Tomar medicamentos de venta libre (por ejemplo, aspirina), o reposar en cama, beber líquidos, hacer ejercicio y otras actividades similares que se puedan iniciar sin una visita a un proveedor de atención médica no se consideran suficientes para ser considerados un régimen de tratamiento continuo.
- Cualquier incapacidad debida al embarazo o atención prenatal
- Cualquier incapacidad debida a una condición crónica, que es una condición que:
 - Requiere visitas médicas periódicas al menos 2 veces al año
 - Continúa durante un período prolongado de tiempo y
 - Puede causar periodos episódicos de incapacidad que requieren licencia. Por ejemplo, asma, migrañas, diabetes, epilepsia.
- Cualquier incapacidad debido a una condición permanente o crónica que no responda al tratamiento. Por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, un accidente cerebrovascular grave o las etapas terminales de una enfermedad.
- Cualquier ausencia para recibir tratamientos múltiples, más cualquier tiempo de recuperación, por cualquiera de los siguientes motivos:
 - Cirugía restauradora tras un accidente o lesión. Por ejemplo, reemplazo o reconstrucción de articulaciones.
 - Una condición que causaría más de tres días calendario consecutivos de incapacidad si el paciente no recibiera tratamiento. Por ejemplo, cáncer (quimioterapia o radioterapia), artritis grave (fisioterapia) o enfermedad renal (diálisis).

Incapacidad: Falta de capacidad para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades cotidianas debido a una condición grave de salud, su tratamiento o su recuperación. Para los solicitantes desempleados, significa la incapacidad para desempeñar las funciones de su puesto más reciente u otro empleo adecuado.

1 Información médica

- a. ¿Tiene el paciente (familiar) una enfermedad grave? Consulte las definiciones anteriores ☐ Sí ☐ No
- b. ¿Cuál fue la primera fecha en la que comenzó el estado grave de salud del paciente? _____
- c. ¿Cuál es la duración probable de la condición grave? (p. ej.: 3 meses, 2 semanas) _____
- d. ¿Cuáles de las siguientes opciones se aplican al estado de salud grave del paciente? Marque todas las opciones que correspondan.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Requiere o requirió atención hospitalaria | <input type="checkbox"/> Requiere 1 visita médica más un régimen de cuidados |
| <input type="checkbox"/> Ha incapacitado o incapacitará al paciente durante más de 3 días calendario completos consecutivos | <input type="checkbox"/> Es crónica, requiere tratamientos al menos 2 veces al año y puede requerir ausencias periódicas |
| <input type="checkbox"/> Requiere 2 o más visitas médicas dentro de 30 días | <input type="checkbox"/> Es a largo plazo y requiere supervisión médica continua, con o sin tratamiento activo |
| <input type="checkbox"/> Requiere múltiples tratamientos y daría lugar a un período de incapacidad sin tratamiento | |

2 Diagnóstico/Análisis

Código de diagnóstico: _____

Signos y síntomas: _____

Resultados objetivos: _____

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Certificación Médica - Formulario de Atención Militar

Continuado

3 La lesión o enfermedad del miembro del servicio/paciente:

- ☐ Se incurrió en el cumplimiento del deber durante servicio activo
- ☐ Existía antes del comienzo del servicio activo del miembro del servicio y se agravó estando en cumplimiento del servicio activo
- ☐ Ninguna de las anteriores

4 Licencia necesaria: Indique si su paciente (familiar) requerirá atención del empleado mencionado anteriormente (familiar del paciente) de forma continua, con licencia reducida o intermitente. Si se trata de una licencia intermitente o reducida, detalle la frecuencia de la licencia necesaria y la duración aproximada de cada episodio. Marque todas las opciones que correspondan.

	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)			
a. Permiso en bloque/continuo (completamente incapaz de trabajar durante días consecutivos e ininterrumpidos)	_____	_____			
b. Horario de vacaciones reducido (un horario consistente pero reducido durante varias semanas) Frecuencia de licencia requerida (por ejemplo: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes):	_____	_____			
c. Licencia intermitente (Permisos en períodos separados, no consecutivos, en lugar de un solo período de tiempo por un solo motivo justificado. Permisos esporádicos).	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)			
Frecuencia de licencia por brotes o tratamientos relacionados con esta condición grave (p. ej.: 1 episodio cada 3 meses de 1 a 2 días de duración)	Frecuencia del episodio:	# de veces	Por semana	Por mes	Por año
		_____	_____	_____	_____
	Duración del episodio:	# Minutos	# Horas	# Día(s) completo(s)	
		_____	_____	_____	

5 Información del proveedor de atención médica: Por favor, escriba legiblemente toda la información solicitada, firme y feche. Conserve una copia del formulario para sus archivos y devuélvalo al paciente una vez completado.

Nombre y apellido: _____	Designación profesional: (Ej.: MD, DO, PA, CNM) _____
Teléfono #: _____	Estado de la licencia: _____
Número de fax: _____	Licencia #: _____
Dirección postal: (nombre del consultorio, dirección, ciudad, estado, código postal) _____	

Declaración y Firma

Notificación:

Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa podrá resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Certifico que he examinado al paciente y respondido las preguntas con precisión y en la medida de mis posibilidades, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Firma del proveedor de atención médica: _____

Fecha: | m | m | d | d | a | a | a | a |
| ____ / ____ / ____ |