


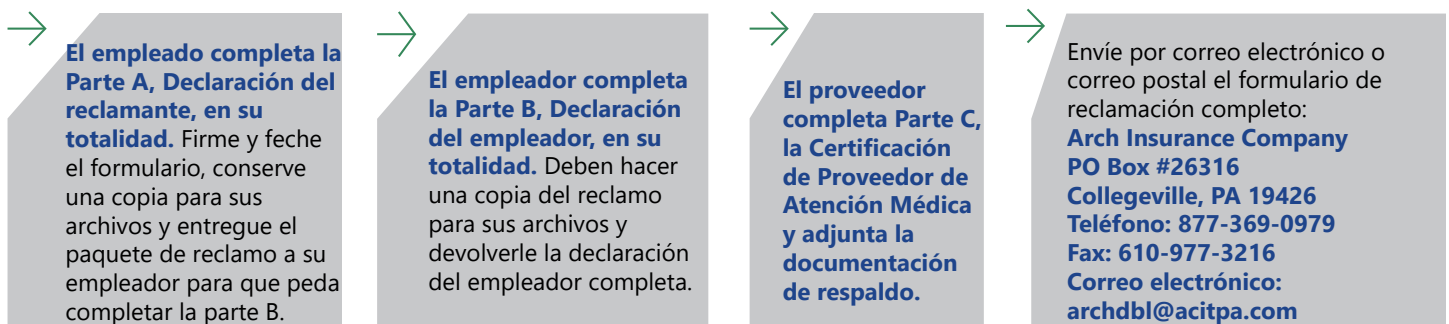


Si trabaja en Colorado, puede presentar una solicitud para los beneficios del Seguro Pagado por Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI). Arch Insurance revisará todas las solicitudes presentadas para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador\*.

## Antes de solicitar CO FAMLI...

- 
**Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia**
- 
**Planifique sus licencias.** Puede tomarlas de forma continua (también conocida como licencia en bloque), intermitente o con un horario reducido, de acuerdo con CO FAMLI.
- 
**Notifique a su empleador de CO** al menos 30 días antes del inicio de la licencia (si la licencia es previsible). De lo contrario, notifique a su empleador lo antes posible.

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



## Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Estado de salud del empleado

# 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 |

\*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 FAMLI. 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 de FAMLI. Visite [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability) o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

**¿Preguntas?** Contáctenos al 877-369-0979 o enuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Estado de salud del empleado**

Parte A (Continuación)

5 **Género del empleado:**  Masculino  Femenino  No designado / Otro

6 **Número de teléfono del empleado:** ( \_ \_ \_ ) - | \_ \_ \_ | - | \_ \_ \_ \_ \_ |

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_

8 **Fecha de incapacidad:** <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup>  
| \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ |

9 **Motivo de la solicitud de licencia médica:** \_\_\_\_\_

10 **Información del empleador:**  
**Nombre** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_  
**Estado** | \_ \_ | **Código postal** | \_ \_ \_ \_ \_ |  
**Promedio de horas trabajadas/semana** | \_ | **Promedio de días trabajados por semana** | \_ |  
**Salario promedio (\$)** | \_ |

10a **Enumere todos los empleadores adicionales del año pasado:**  
**Nombre del empleador #1** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** | \_ \_ | **Código postal** | \_ \_ \_ \_ \_ |  
**Periodo de empleo:**  
**Desde** <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> | **hasta** <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> |  
 | \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ | **Promedio de horas trabajadas/semana** | \_ | **Promedio de días trabajados por semana** | \_ | **Salario promedio (\$)** | \_ |  
**Nombre del empleador #2** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **State** | \_ \_ | **Zip** | \_ \_ \_ \_ \_ |  
**Periodo de empleo:**  
**Desde** <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> | **hasta** <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> |  
 | \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ | **Promedio de horas trabajadas/semana** | \_ | **Promedio de días trabajados por semana** | \_ | **Salario promedio (\$)** | \_ |

**Preguntas?** Contáctenos al **877-369-0979**  
 o encuétrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)  
 25-10-DBL23

**Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Estado de salud del empleado**

Parte A (Continuación)

**11 ¿La licencia será por tiempo continuo, intermitente y/o reducido?**

Continuo Fecha de inicio de la licencia  m  m /  d  d /  a  a  a  a Fecha de finalización de la licencia  m  m /  d  d /  a  a  a  a

Las fechas son estimadas

Intermitente Identifique las fechas en las que se tomará la licencia intermitente: \_\_\_\_\_

Las fechas son estimadas \_\_\_\_\_

Reducido Fecha de inicio de la licencia:  m  m /  d  d /  a  a  a  a Frecuencia de las salidas: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**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. CO FAMLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otros (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Además, certifico que si se pagan beneficios en exceso del monto al que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso y reconozco que no hacerlo puede resultar en la acumulación de intereses y otras sanciones. Por la presente, solicito los beneficios del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado. Mi firma declara que la información que proporciono es verdadera y exacta, en la medida de mis conocimientos.

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_

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

Fin de la Parte A

**Preguntas?** Contáctenos al **877-369-0979** o encuétrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

25-10-DBL23

# Parte B: Información del empleador

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

**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 Persona de contacto del empleador (nombre y cargo) para esta solicitud de licencia:** \_\_\_\_\_

---

**5 Teléfono de contacto:** ( \_\_ \_\_ \_\_ ) - | \_\_ \_\_ \_\_ | - | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |

---

**6 Dirección de correo electrónico de contacto:** \_\_\_\_\_

---

**7 Situación laboral actual del empleado:**

Empleado activo - no despedido

Despedido del empleo — Fecha del despido: <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |

---

**8 Fecha de contratación del empleado:**

Fecha: <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |

---

**9 Último día trabajado antes de salir:**

Fecha: <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |

---

**10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?**

Sí  No

Fecha de regreso al trabajo: <sup>m m</sup> / <sup>d d</sup> / <sup>a a a a</sup> | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  Real  Estimado

---

**11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado:** \_\_\_\_\_

**Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Estado de salud del empleado**

Parte B (Continuación)

**12 Por favor marque las casillas correspondientes:**

Exento   
  No exento   
  Tiempo completo   
  Tiempo parcial   
  Por hora   
 Horas/semana: \_\_\_\_\_

**13 Verificación de empleo de Colorado ("CO"):**

- 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 Colorado?  Sí  No (responda a la pregunta 13c)
- c. ¿El servicio del empleado está localizado (se realiza íntegramente) dentro de CO?  Sí  No (responda a la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿la base de operaciones del empleado se encuentra en CO 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 de los servicios dentro de CO y recibe dirección y control de CO?  Sí  No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay lugar de dirección y control, ni servicios localizados ni base de operaciones en CO, ¿el empleado reside en CO?  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 5 trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de licencia:**

Trimestre final (mm/aaaa)	Salarios brutos (\$)

**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 \_\_\_\_\_  
 Promedio: \_\_\_\_\_

**17 ¿Se utilizarán las vacaciones 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) \_\_\_\_\_

**Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Estado de salud del empleado**

Parte B (Continuación)

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

Sí  No

Fecha de aviso proporcionado al empleador: |       / |       / |             |

**19 ¿El empleado 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 (CESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. CO FAMLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otros (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor especifique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**20 Licencia remunerada proporcionada por el empleador durante el período de licencia**

Un empleado no puede recibir beneficios de reemplazo de salario bajo la Ley FAMLI y licencia paga proporcionada por el empleador por las mismas horas de ausencia, excepto que de conformidad con CRS 8-13.3-510(1)(c), un empleador y un empleado pueden acordar mutuamente que el empleado puede usar cualquier licencia acumulada proporcionada por el empleador como un complemento a los beneficios del seguro de licencia médica y familiar en una cantidad que no exceda la diferencia entre los beneficios de reemplazo de salario del individuo bajo la Ley FAMLI y el salario semanal promedio del individuo.

“Pago de licencia proporcionada por el empleador” significa licencia por vacaciones, licencia por enfermedad paga, licencia personal paga, licencia parental paga, licencia paga según CRS 24-34-402.7 y cualquier otro tiempo libre pagado por el empleador, excepto que la licencia paga proporcionada por el empleador no incluye beneficios bajo una póliza de discapacidad comercial a corto o largo plazo para los fines de estas reglas.

a. ¿El empleado utilizará algún pago de licencia proporcionada por el empleador durante el período de licencia solicitado?

Sí (responda la pregunta b)  No

b. ¿Recibirá el empleado un reemplazo salarial durante todo o una parte del período de licencia solicitado?

Sí (responda las preguntas i y ii)  No

i. Proporcione detalles sobre el tipo de reemplazo salarial y la(s) fecha(s) en que se pagará:

\_\_\_\_\_

ii. ¿Está solicitando el reembolso\* de los beneficios de FAMLI?  Sí  No

**Nota:** El reembolso del empleador puede estar permitido si el salario del empleado se mantiene mediante el pago de beneficios. No se permite si el empleado utiliza licencias remuneradas, como vacaciones acumuladas, licencia por enfermedad, licencia personal o licencia parental.

**Declaración y Firma:**

**AVISO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Soy la persona autorizada a firmar como empleador del empleado que solicita beneficios del programa de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado. Mi firma declara que, en la medida de mis conocimientos, la información que he proporcionado es verdadera, precisa 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: |       / |       / |             |

**Preguntas?**

Contáctenos al **877-369-0979** o encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

# Parte C: Colorado - Certificación del proveedor de atención médica

## Consejos importantes al completar este formulario

Para solicitar los beneficios de Colorado FAMLI, deberá devolver este formulario de certificación médica. Para comenzar, complete la Sección 1 y envíela a su proveedor de atención médica tratante. Para completar la Sección 2, envíela junto con su solicitud y cualquier otro documento de respaldo como parte de su solicitud de beneficios.

### Sección 1: Para ser completada por el empleado

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

2 **Fecha de nacimiento del empleado:** |       / |       / |             |  
m m d d a a a a

3 **Número de teléfono del empleado:** (          ) - |          | - |             |

4 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_

5 **Número de reclamación (si está disponible):** \_\_\_\_\_

### Sección 2: Para ser completada por el proveedor de atención médica

Su paciente solicitó ausentarse del trabajo debido a su propia enfermedad o lesión. Para que podamos tomar una decisión sobre su solicitud de beneficios de CO FAMLI, necesitamos que complete la información de la Sección 2. Al completar esta certificación, le solicitamos:

- Sus respuestas deben ser su mejor estimación basada en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente.
- Sea lo más específico posible. Usar términos como "según sea necesario", "desconocido" o "indeterminado" puede no ser suficiente para obtener la aprobación.
- Limite sus respuestas a la condición de salud por la cual su paciente solicita licencia. Si su paciente necesita licencia debido a más de una condición de salud, complete una certificación por separado para cada condición.
- No incluya información sobre pruebas genéticas, como se define en 29 CFR § 1635.3(f), servicios genéticos, como se define en 29 CFR § 1635.3(e), o la manifestación de enfermedad o trastorno en los miembros de la familia del empleado, 29 CFR §1635.3(b).

1 Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a las preguntas a continuación, según corresponda. (Las opciones continúan en la página siguiente)

**Atención hospitalaria:** El paciente (  era /  es /  será) admitido para pasar la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en la(s) siguiente(s) fecha(s): \_\_\_\_\_

- Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, cirugía ambulatoria, faringitis estreptocócica)
- Debido a la condición de salud del paciente, el paciente (  estuvo /  está /  estará) incapacitado por más de tres días calendario completos consecutivos.
  - El paciente (  era /  es /  será) visto en la(s) siguiente(s) fecha(s): \_\_\_\_\_
  - La condición de salud (  tuvo /  tiene /  tendrá) también resultó(ron) en un curso de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (por ejemplo, medicamentos recetados (que no sean de venta libre), terapia que requiere equipo especial, etc.)

**Preguntas?** Contáctenos al **877-369-0979**  
 o encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)  
 25-10-DBL23

**Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Estado de salud del empleado**

- Embarazo:** La condición es embarazo. Indique la fecha prevista de parto: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)
- Condiciones de salud crónicas:** (por ejemplo, asma, migrañas) Se espera que las visitas de tratamiento sean al menos dos veces al año.
- Condiciones de Salud Permanentes o de Largo Plazo:** Debido a la condición de salud, la incapacidad es permanente o de largo plazo y requiere la supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no se proporciona tratamiento activo).
- Condiciones de salud que requieren múltiples tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, cirugía restauradora, etc.) Debido a la condición de salud, es médicamente necesario que el paciente reciba múltiples tratamientos.
- Ninguna de las anteriores:** Si no se marca ninguna de las seis categorías anteriores (por ejemplo, atención hospitalaria, embarazo), no se necesita información adicional. Firme y feche el formulario.

2 **Código de diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Descripción del diagnóstico:** \_\_\_\_\_

3 **Primera fecha de incapacidad:** | m m / d d / a a a a |

**Fecha en que examinó por primera vez al paciente por esta condición de salud:** | m m / d d / a a a a |

4 **Última visita al consultorio:** | m m / d d / a a a a |

**Próxima visita al consultorio:** | m m / d d / a a a a |

**Fecha prevista de regreso al trabajo:** | m m / d d / a a a a |

5 **En relación con la condición de salud por la cual su paciente solicita tiempo fuera del trabajo, ¿cree que la condición de salud fue causada por o estuvo relacionada de alguna manera con una lesión o enfermedad en el lugar de trabajo?**

- Sí       No

6 **Si el empleador no proporciona una declaración de las funciones esenciales de su paciente ni una descripción del puesto, responda estas preguntas basándose en la propia descripción del paciente de las funciones esenciales del puesto. Un empleado que debe ausentarse del trabajo para recibir tratamiento médico, como visitas médicas programadas, por una condición de salud, se considera incapaz de realizar las funciones esenciales del puesto durante la ausencia para recibir tratamiento.**

Debido a su condición de salud, mi paciente (  no pudo/no pudo realizar/  No es capaz/  no podrá) realizar una o más de las funciones esenciales del trabajo). Identifique al menos una función esencial del trabajo que su paciente no pudo/no podrá/no podrá realizar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Preguntas?** Contáctenos al **877-369-0979**  
o encuétrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Estado de salud del empleado**

**7 Marque las casillas correspondientes y complete la información que mejor describa el tipo de tiempo fuera del trabajo que el solicitante necesitará debido a su propia condición de salud.**

**Licencia continua:** Mi paciente ha/estará incapacitado por un solo período continuo debido a su propia condición de salud, incluyendo el tiempo de tratamiento y recuperación comenzando el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y terminando el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Licencia por jornada reducida:** Mi paciente necesitará trabajar en una jornada reducida debido a su propia condición de salud, y el período de tratamiento y recuperación asociado que comienza el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y termina el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ para lo siguiente:

- una jornada laboral reducida: limitada a \_\_\_ horas por día;
- una semana laboral reducida: limitada a \_\_\_ día(s) por semana
- Otro: \_\_\_\_\_

**Licencia intermitente - Incapacitación:** Se espera que mi paciente tenga brotes periódicos donde la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesario a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Describa la frecuencia y duración estimadas de los brotes (por ejemplo, 1 vez por semana con una duración de 4 horas), (por ejemplo, 1 vez cada 3 meses) (duración de 1 a 2 días) (p. ej., 3 veces al mes, duración de 1 día). **Seleccione y complete una opción:**

- Semanal:** \_\_\_ vez(s) cada \_\_\_ semana(s) por una duración de \_\_\_ hora(s) o \_\_\_ día(s) por instancia;
- Mensual:** \_\_\_ vez(s) cada \_\_\_ semana(s) por una duración de \_\_\_ hora(s) o \_\_\_ día(s) por instancia

**Baja intermitente - Tratamientos:** Se espera que mi paciente tenga brotes periódicos donde la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesario a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Describa la frecuencia y duración estimadas de los tratamientos/citas (por ejemplo, 1 vez por semana con una duración de 2 horas), (por ejemplo, 1 vez por semana con una duración de 2 horas) (por ejemplo, 3 veces cada 2 meses con una duración de 6 horas). **Seleccione y complete una opción:**

- Semanal:** \_\_\_ vez(s) cada \_\_\_ semana(s) por una duración de \_\_\_ hora(s) o \_\_\_ día(s) por incidente;
- Mensual:** \_\_\_ vez(s) cada \_\_\_ semana(s) por una duración de \_\_\_ hora(s) o \_\_\_ día(s) por incidente

**Información y firma del proveedor de atención médica**

**Nombre del proveedor de atención médica tratante:** \_\_\_\_\_

**Certificación de especialidad/junta:** \_\_\_\_\_

**Dirección comercial del proveedor de atención médica:** \_\_\_\_\_

**Número de licencia de certificación:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** ( \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ) - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Número de fax:** ( \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ) - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor de atención médica:** \_\_\_\_\_

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