

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

Para licencia de discapacidad por embarazo, traslado y/o acomodación razonable



Nombre del empleado/a: _____

Por favor certifique que debido al embarazo, parto o una condición médica relacionada (incluyendo, pero no limitado a, la recuperación del embarazo, el parto, la pérdida o el final del embarazo, o la depresión posparto), esta paciente necesita (marque todas las casillas apropiadas):

☐ TIEMPO LIBRE PARA CITAS MÉDICAS

Cuando: _____ La duración: _____

☐ UNA LICENCIA POR DISCAPACIDAD (Debido al embarazo, al parto o a una condición médica relacionada del paciente, la/el paciente no puede realizar una o más de las funciones esenciales del trabajo o no puede realizar ninguna de estas funciones sin riesgo indebido para sí mismo/a, la conclusión exitosa del embarazo, o a otras personas)

Principio (estimación): _____ Final (estimación): _____

☐ LICENCIA INTERMITENTE

Especificar el calendario de licencia intermitente médicamente recomendable: _____

Principio (estimación): _____ Final (estimación): _____

☐ HORARIO DE TRABAJO REDUCIDO

Especifique un horario de trabajo reducido médicamente recomendable: _____

Principio (estimación): _____ Final (estimación): _____

☐ TRASLADO A UNA POSICIÓN MENOS AGOTADORA O PELIGROSA, O SER ASIGNADO/A MENOS DEBERES

Especifique qué sería una posición/deberes médicamente recomendables: _____

Principio (estimación): _____ Final (estimación): _____

☐ ACOMODACIÓN(ES) RAZONABLE(ES)

Especificar (Especifique las acomodaciones necesarias médicamente recomendables. Estas podrían incluir, pero no se limitan a, modificar los requisitos de levantar, o proporcionar descansos más frecuentes, o proporcionar un taburete o silla): _____

Principio (estimación): _____ Final (estimación): _____

Nombre del proveedor de atención de la salud (escrito): _____

ESPECIALIDAD MÉDICA/ESPECIALIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD

NÚMERO DE LICENCIA

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD

FECHA