

## INSTRUCCIONES PARA EL/LA RECLAMANTE:

Utilice este formulario para solicitar los beneficios de la Licencia Médica con la Oficina de Licencia Familiar Pagada de DC. Este formulario se utiliza para determinar si usted tiene una "condición de salud grave" como se define en la ley de la Licencia Familiar Pagada de DC. Usted debe completar la parte 1 del formulario. Su médico o proveedor de atención médica autorizado debe completar la parte 2 del formulario. Puede completar el proceso de solicitud de beneficios de la licencia médica sólo después de que este formulario sea completado y firmado por su médico. **Por favor, asegúrese de que el proveedor de atención médica complete todas las secciones de la parte 2 o su solicitud podría ser negada.** Debe presentar este formulario a través del portal de beneficios de la Licencia Familiar Pagada disponible en [does.pflbas.dc.gov](https://does.pflbas.dc.gov)

### PARTE 1 (a ser completado por el/la reclamante)

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____		

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

## INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Su paciente está solicitando los beneficios de la Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. El propósito de este formulario es determinar si su paciente califica para los beneficios de la licencia médica de acuerdo con la ley de la Licencia Familiar Pagada de DC. Por favor, complete las **secciones A a D**. Limite sus respuestas a la(s) condición(es) médica(s) por la(s) cual(es) 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

*Todos los campos son necesarios, excepto cuando se indique lo contrario*

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 estatal	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 \_\_\_\_\_ (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.

**D. CERTIFICACIÓN**

Por favor, proporcione cualquier información adicional sobre la condición de su paciente o la necesidad de la licencia.

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

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: \_\_\_\_\_