

INSTRUCCIONES PARA EL RECLAMANTE:

Utilice este formulario para solicitar beneficios de licencia médica con la Oficina de Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. Este formulario se utiliza para determinar si tiene una “condición médica grave” según se define en la Ley de Licencia Pagada del Distrito de Columbia. Debe completar la primera parte del formulario. Su médico o el proveedor de atención médica autorizado debe completar la parte 2 del formulario. Solo podrá finalizar el proceso de solicitud de beneficios de licencia médica después de que el médico haya completado y firmado este formulario. **Asegúrese de que su el proveedor de atención médica complete todas las secciones de la parte 2 o su reclamo podría ser rechazado.**

Debe escanear y subir este formulario en el portal de beneficios de Licencia Familiar Pagada en **does.pflbas.dc.gov**. Este formulario no es una solicitud de beneficios. Debe completar una solicitud en **does.pflbas.dc.gov** para ser considerado para los beneficios.

PARTE 1 (A ser completado por el reclamante)		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Número de teléfono	

PARTE 2 (A ser completado por el proveedor de atención médica autorizado)
INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Su paciente está solicitando beneficios de la Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. El objetivo de este formulario es determinar si el paciente califica para obtener beneficios de licencia médica conforme a la Ley de Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. Complete las **Secciones A a D**. Limite sus respuestas a la(s) condición(es) médica(s) para las cual(es) su paciente busca beneficios de Licencia Familiar Pagada. **Complete todas las secciones de la Parte 2 o se le devolverá para obtener más información.**

A. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA				
<i>Todos los campos son obligatorios, excepto cuando se indique lo contrario</i>				
Apellido del proveedor		Nombre del proveedor		
Dirección postal	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. INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA				
Nombre del diagnóstico o declaración de los síntomas de la condición médica				

Código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) principal para la condición médica		Código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) secundario (opcional)		
_____		_____		
_____ Fecha del diagnóstico de la condición médica (MM/DD/AAAA)				

B. INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA (continuación)

Marque la casilla para cada declaración que corresponda 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 embarazo.
La fecha de parto prevista es el _____ (mm/dd/aaaa).
- Atención hospitalaria durante la noche:** Su paciente fue ingresado para recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial durante al menos un período de una noche para tratar esta condición médica en la(s) siguiente(s) fecha(s):
_____.
- Incapacidad más tratamiento** (Complete los números 1, 2 y 3 a continuación [obligatorio]):
 1. La condición médica de su paciente causó un período de incapacidad continua durante el cual su paciente no pudo trabajar, asistir a la escuela ni realizar otras actividades de la vida diaria que duró al menos tres (3) días consecutivos completos desde el _____ (mm/dd/aaaa) hasta el _____ (mm/dd/aaaa).
 2. Su paciente tuvo (o tendrá) una cita en persona o telesalud con un proveedor de atención médica para tratar o evaluar esta condición médica 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 (p. ej., 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 [obligatorio]):
 1. El estado del paciente (es / no es) una condición médica crónica.
 2. Su paciente (sí / no) requiere de dos (2) o más visitas médicas anuales para tratar esta condición médica.
 3. Usted (espera / no espera) que su paciente sufra episodios imprevisibles de la condición que causen incapacidad ocasional para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria.
- Incapacidad permanente:** Su paciente está experimentando una incapacidad permanente o a largo plazo debido a la condición médica y requiere la supervisión continua de un proveedor de atención médica (p. ej., enfermedad de Alzheimer o cáncer en etapa terminal).
- Cirugía reconstructiva:** Su paciente requiere una cirugía reconstructiva para alcanzar la capacidad funcional (no cosmética) después de un accidente o lesión y requiere múltiples tratamientos relacionados con el mismo accidente o lesión.
- Tratamiento preventivo:** Su paciente requiere tratamientos por parte de proveedores de atención médica en al menos dos fechas para evitar la aparición de una condición médica que sin tratamiento causaría incapacidad durante al menos 3 días completos.
- Mortinato:** Su paciente sufrió un mortinato en la siguiente fecha: _____ (mm/dd/aaaa).
- Ninguna de las opciones anteriores.** La condición de su paciente no se encuentra dentro de una 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 a partir del _____ (mm/dd/aaaa) y hasta el _____ (mm/dd/aaaa) (si es en el futuro, proporcione su mejor estimación).

Tratamientos médicos planificados: Su paciente requiere citas médicas planificadas para tratar la condición médica 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 médica. Si se conocen, esas fechas fueron (serán):

Si no sabe, (si / no) espera que su paciente sufra episodios imprevisibles de la condición subyacente que generarán una incapacidad ocasional para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades de la vida diaria.

D. CERTIFICACIÓN

Proporcione cualquier información adicional sobre la condición médica de su paciente o la necesidad de la licencia.

Certifico que soy un proveedor de atención médico autorizado que está tratando a este paciente y que la información que proporcione en este formulario es verdadera y está completa.

Firma: _____ Fecha: _____