

INSTRUCCIONES PARA EL RECLAMANTE:

Utilice este formulario para solicitar beneficios de licencia prenatal. Este formulario se utiliza para verificar su embarazo y determinar si califica para los beneficios. Debe completar la primera parte del formulario. Su médico o el proveedor de atención médica autorizado debe completar la parte 2.

NOTA IMPORTANTE: La licencia prenatal pagada es para que reciba atención médica relacionada con su embarazo. La Ley de Licencia Familiar Pagada no pone a disposición la licencia prenatal pagada por otros motivos, como quedarse en casa o tener restricciones laborales antes de su fecha de parto prevista. Si su médico le indica que debe evitar trabajar durante un período de tiempo continuo debido a su embarazo, su médico debe indicar que debe estar “en reposo en cama” durante un período de tiempo.

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 considerada 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 solicita beneficios de la Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. El propósito de este formulario es determinar si califica su paciente para recibir beneficios verificando el diagnóstico de su embarazo. Complete las secciones A a D.

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 EL EMBARAZO DE SU PACIENTE				
¿En qué fecha confirmó por primera vez mediante exploración la existencia del embarazo de su paciente?				
_____ (MM/DD/AAAA)				
¿Cuál fue la fecha en la que proporcionó tratamiento por primera vez para el embarazo de su paciente, si lo hubiera?				
_____ (MM/DD/AAAA)				
¿Cuál es la fecha de parto prevista de su paciente?				
_____ (MM/DD/AAAA)				

C. CANTIDAD DE LICENCIA NECESARIA

Marque la casilla para cada declaración que corresponda a la atención médica prenatal de su paciente.

Citas de chequeo prenatal: Su paciente fue atendida, o será atendida, en la(s) siguiente(s) fecha(s) para las citas de chequeo del embarazo:

_____ (mm/dd/aaaa)

Citas con especialistas: Su paciente requirió o requerirá exámenes o tratamientos de rutina o especializados relacionados con el embarazo en la(s) siguiente(s) fecha(s):

_____ (mm/dd/aaaa)

Citas de diagnóstico: Su paciente acudió a cita(s) de diagnóstico para proporcionar información médica sobre la salud o el bienestar del embrión o feto (p. ej., amniocentesis, ecografías o análisis de sangre) en la(s) siguiente(s) fecha(s):

_____ (mm/dd/aaaa)

Tratamiento de complicaciones del embarazo: Su paciente está experimentando complicaciones con el embarazo que requirió o requerirá tratamiento en la(s) siguiente(s) fecha(s):

_____ (mm/dd/aaaa)

Tratamiento para el embarazo de alto riesgo: El embarazo de su paciente se considera de "alto riesgo" y requirió o requerirá tratamiento o evaluación de un especialista en la(s) siguiente(s) fecha(s):

_____ (mm/dd/aaaa)

Reposo en camas (esta casilla debe marcarse si se solicita una licencia continua): Su paciente debe permanecer en reposo en cama durante el siguiente período: _____ (mm/dd/aaaa) a _____ (mm/dd/aaaa).

Fisioterapia: Su paciente requirió o requerirá fisioterapia para tratar los síntomas o para aliviar las molestias físicas asociadas con el embarazo en la(s) siguiente(s) fecha(s):

_____ (mm/dd/aaaa)

Ninguna de las opciones anteriores. Ninguna de las declaraciones anteriores describe el embarazo de su paciente.

D. CERTIFICACIÓN

Proporcione cualquier información adicional sobre la condición 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 proporcioné en este formulario es verdadera y está completa.

Firma: _____

Fecha: _____