

Complete este formulario si está solicitando una permiso médico para su propia afección médica grave o un permiso familiar para cuidar a un familiar con una afección médica grave. **No** utilice este formulario si también está enviando documentación emitida directamente por un proveedor de atención médica.

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE *(a completar por el solicitante)*

Nombre:	Apellido:
Número de Seguro Social (SSN): _____	o
Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): _____	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____	

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE *(si es diferente de la anterior, debe completarla el solicitante)*

Nombre:	Apellido:
Relación con el solicitante:	

### CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA *(a completar por un proveedor de atención médica autorizado)*

Un proveedor de atención médica autorizado debe completar y firmar esta sección. **Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario.** Los formularios incompletos pueden retrasar la elegibilidad para los beneficios del solicitante.

**Describa brevemente la afección médica grave.** Sus respuestas deben reflejar su mejor estimación en base a su conocimiento médico, experiencia y el examen del paciente.

---

---

---

---

**Indique las fechas de inicio y finalización de la afección médica grave.** Los términos como “desconocido” o “indeterminado” no serán suficientes para determinar la elegibilidad para los beneficios de Permiso Pagado de Oregon.

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha de finalización (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_         La afección es crónica o permanente

**¿La afección o el tratamiento afectan al paciente de forma intermitente (no todos los días)?**

- Sí
- No

**En caso afirmativo, ¿cuál es la frecuencia máxima esperada de la afección o el tratamiento?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> un día a la semana      | <input type="checkbox"/> cinco días a la semana |
| <input type="checkbox"/> dos días a la semana    | <input type="checkbox"/> seis días a la semana  |
| <input type="checkbox"/> tres días a la semana   | <input type="checkbox"/> siete días a la semana |
| <input type="checkbox"/> cuatro días a la semana |   |

Nombre del solicitante:	SSN o ITIN:
-------------------------	-------------

**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA** (a completar por un proveedor de atención médica autorizado)

Proporcione la frecuencia de permiso esperada con el mayor detalle posible:

---

---

---

---

---

**Si la afección médica grave se debe a un embarazo, confirme que la paciente está actualmente embarazada o estaba embarazada en el año anterior a la fecha de inicio del permiso:**

- Sí  
 No

**INFORMACIÓN Y FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, que soy un proveedor de atención médica según se define en la OAR 471-070-1000(12), y que la afección del paciente cumple la definición de afección médica grave según se define en la OAR 471-070-1000(13).

Firma:	Fecha: ___ / ___ / ____
--------	-------------------------

Nombre:	Título:
---------	---------

Número de licencia del certificado:	Estado o país:
-------------------------------------	----------------

Área de licencia/área de práctica:
------------------------------------

Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
-----------	----------------------------------

Nombre de la empresa:	Dirección:
-----------------------	------------

Proporcione toda la información necesaria. La falta de información puede causar demoras en el procesamiento de su solicitud de beneficios.

Cargue este formulario completado en su cuenta de Frances Online en [frances.oregon.gov](http://frances.oregon.gov) una vez que haya presentado su solicitud de beneficios o envíe este formulario completado por correo junto con su solicitud de Permiso Pagado de Oregon para obtener beneficios a la siguiente dirección:

**Attn: Paid Leave Oregon  
Oregon Employment Department  
875 Union St NE  
Salem, OR 97311**

**¿Necesita ayuda?**

El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. El OED proporciona ayuda gratuita para que usted pueda utilizar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lengua de señas e idiomas hablados, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, por favor llame al 833-854-0166 (gratuito). Usuarios de TTY pueden llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico a [paidleave@oregon.gov](mailto:paidleave@oregon.gov).

## INSTRUCCIONES PARA LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Revise la siguiente información para asegurarse de que cumple con la definición de proveedor de atención médica antes de completar el formulario. Complete la certificación del proveedor de atención médica y las secciones de información y firma de este formulario y envíelo al solicitante. Se enviará este formulario de Permiso Pagado de Oregon con su solicitud de beneficios.

### Definición de proveedor de atención médica

La OAR 471-070-1000(12) define a un proveedor de atención médica como:

1. Una persona que es la principal responsable de proporcionar atención médica al solicitante o al familiar del solicitante antes o durante un período de permiso pagado; que tiene licencia o certificación para ejercer de acuerdo con las leyes del estado o país en el que ejerce; que actúa dentro del alcance de la licencia o certificado profesional de la persona; y que tiene alguno de los siguientes títulos:
  - médico quiropráctico (solo en la medida en que el médico quiropráctico proporcione tratamiento que consista en la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación cuya existencia se haya demostrado mediante radiografías)
  - dentista
  - partera de entrada directa
  - naturópata
  - enfermero profesional
  - enfermero profesional especializado en enfermería obstétrica
  - optometrista
  - médico
  - asistente del médico
  - psicólogo
  - enfermero licenciado
  - trabajador social regulado
2. Una persona principalmente responsable del tratamiento del solicitante o de un familiar del solicitante únicamente a través de medios espirituales antes o durante un período de permiso pagado, incluido, entre otros, un profesional de Ciencias Cristianas.

### Definición de afección médica grave

El ORS 657B .010(23) y la OAR 471-070-1000(13) definen una “afección médica grave” como una enfermedad, lesión, deterioro o afección física o mental del solicitante o de un miembro de su familia que:

- requiere atención hospitalaria en un centro de atención médica como un hospital, centro de cuidados paliativos o centro residencial como una residencia de ancianos;
- según el criterio médico del proveedor de atención médica responsable del tratamiento, supone un peligro inminente de muerte, o que es terminal en el pronóstico con una posibilidad razonable de muerte en un futuro próximo;
- requiere atención constante o continua, incluida la atención domiciliaria administrada por un profesional de atención médica;
- implica un periodo de incapacidad. “Incapacidad” es la imposibilidad de realizar al menos una función laboral esencial, o de asistir a la escuela o realizar actividades diarias regulares durante más de tres días calendario consecutivos. Un periodo de incapacidad incluye cualquier tratamiento o periodo de recuperación posterior necesario relacionado con la misma afección. La incapacidad debe implicar uno de las siguientes características:
  - dos o más tratamientos realizados por un médico;
  - un tratamiento más un régimen de atención continua;

- provoca un período de incapacidad o tratamiento para una afección médica grave crónica que requiere visitas periódicas para el tratamiento por parte de un proveedor de atención médica, continúa durante un período prolongado de tiempo y puede causar una incapacidad episódica en lugar de continua, como asma, diabetes o epilepsia;
- implica incapacidad permanente o a largo plazo debido a una afección para la que el tratamiento puede no ser eficaz, como la enfermedad de Alzheimer, un accidente cerebrovascular grave o los estadios terminales de una enfermedad. El empleado o familiar debe estar bajo la atención continua de un proveedor de atención médica, pero no necesita recibir tratamiento activo;
- implica múltiples tratamientos para cirugía restauradora o una afección como quimioterapia para el cáncer, fisioterapia para la artritis o diálisis para enfermedad renal que, si no se trata, probablemente daría lugar a una incapacidad de más de tres días calendario;
- implica cualquier período de discapacidad debido a embarazo, parto, aborto espontáneo o muerte fetal, o período de ausencia para atención prenatal; o
- implica cualquier período de ausencia del trabajo para la donación de una parte del cuerpo, órgano o tejido, incluidos servicios preoperatorios o diagnósticos, cirugía, tratamiento posoperatorio y recuperación.