

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?** un día a la semana dos días a la semana tres días a la semana cuatro días a la semana cinco días a la semana seis días a la semana siete 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 una vez que haya presentado su solicitud de beneficios o envíe este formulario completado por correo junto con su solicitud de Paid Leave 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 Oregon Employment Department (OED) es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades. El OED proporciona ayuda gratuita para que pueda usar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y habla, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, llame al 833-854-0166 (llamada gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico a 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 Paid Leave 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.