



## Formulario de declaración médica para la solicitud de adaptación de licencia o teletrabajo para empleados

### Sección 1: A ser completada por el EMPLEADO

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Puesto:	Departamento:
Autorizo a mis proveedores de atención médica a completar este formulario con el fin de explorar la cobertura y las adaptaciones razonables conforme a la política de la Universidad, Sección 203.1 de las Políticas y Procedimientos de Fayetteville: Adaptaciones para discapacidades – Empleo, programas y servicios.	
Firma del empleado:	Fecha:
<i>Este formulario es solo para adaptaciones relacionadas con licencias. Es posible que la información proporcionada no sea suficiente para evaluar de forma adecuada cualquier otro tipo de adaptación. Se proporcionan otros formularios para tales fines.</i>	

La Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2008 prohíbe que los empleadores y otras entidades incluidas en el Título II de la Ley GINA soliciten o requieran información genética de una persona o un miembro de la familia de la persona, excepto que esté específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", según la define la ley GINA, incluye los antecedentes médicos familiares, los resultados de pruebas genéticas de una persona o un miembro de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de su familia hayan solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética del feto en el vientre de una persona o de un miembro de su familia, o de un embrión en posesión legítima de la persona o de un miembro de su familia que recibe servicios de reproducción asistida.

### Sección 2: A ser completada por el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

La persona mencionada anteriormente es mi paciente. La información suministrada en este documento se basa en mi conocimiento de las discapacidades físicas o mentales del paciente.	
Nombre del médico:	Número de teléfono:
Especialización/Tipo de práctica médica:	Número de fax:
Domicilio del consultorio:	
Firma del médico:	
Su paciente es un empleado de University of Arkansas y ha solicitado una adaptación. Para colaborar con el proceso interactivo, le solicitamos que nos dé su opinión a través de las siguientes preguntas en función de sus conocimientos médicos. Responda las preguntas de este formulario para ayudar a determinar si existe una discapacidad y cuáles serían las posibles adaptaciones razonables. Para acelerar el procesamiento de la solicitud de adaptación por parte de su paciente, responda de la manera más completa y específica posible. Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio.	
Para obtener una adaptación razonable conforme a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), un empleado debe tener una afección que limita considerablemente una o más actividades importantes de la vida cotidiana o un registro de dicha discapacidad. Las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar si un empleado tiene una discapacidad.	
Una vez que el formulario esté completo, fírmelo y envíelo a su paciente, o por fax a la <b>Oficina de Igualdad de Oportunidades y Cumplimiento de University of Arkansas, 479.575.7637, o escanéelo y envíelo por correo electrónico a <a href="mailto:access@uark.edu">access@uark.edu</a>.</b>	



1. ¿Tiene el empleado una discapacidad física o mental? Sí  No   
 a. Si la respuesta es sí, indique el nombre de la discapacidad (diagnóstico) o afección médica.

**Sección 2: A ser completada por el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

2. ¿Es la discapacidad (diagnóstico) o afección médica permanente? Sí  No

a. Si **no** es permanente, ¿cuánto durará probablemente la discapacidad (diagnóstico) o afección médica?  Cantidad de días  Cantidad de semanas  
 Cantidad de meses  Cantidad de años

b. ¿Se trata de una afección que puede provocar episodios de discapacidad en lugar de un período continuo de discapacidad? Sí  No

c. ¿Requiere la afección visitas periódicas a un proveedor de atención médica para su tratamiento? Sí  No

d. ¿Está el empleado bajo los efectos de medicamentos o tratamientos que podrían afectar su desempeño laboral, o que representarían una amenaza directa o riesgo para la seguridad del empleado o de otras personas (p. ej., compañeros de trabajo, el público en general, etc.)? Sí  No   
 i. Si la respuesta es sí, explique a continuación la amenaza que supondría y cualquier adaptación razonable que podría eliminar o reducir la amenaza a un nivel aceptable:

3. ¿Limita la discapacidad de forma considerable una actividad principal de la vida cotidiana? Sí  No

4. Describa las actividades principales de la vida cotidiana (p. ej., respirar, comer, dormir, caminar, hablar, tareas manuales, etc.) que se ven considerablemente limitadas por la discapacidad (diagnóstico) o afección médica o su tratamiento.

5. ¿Puede el empleado trabajar desde su casa (teletrabajo)? Sí  No



6. Si el empleado no puede trabajar desde su casa, indique la duración estimada para la solicitud de licencia.
- a. De fecha de inicio      a Fecha de finalización
  - b. Si se desconoce la fecha de finalización, indique la fecha de inicio (arriba) y la duración estimada a continuación:
    - Cantidad de horas       Cantidad de días
    - Cantidad de semanas       Cantidad de meses
    - i. Frecuencia de la duración:  por día  por semana  por mes
    - ii. Si se determinan días de la semana específicos para la solicitud de licencia, selecciónelos:
      - Lunes       Martes       Miércoles       Jueves       Viernes

7. Explique cómo se vería beneficiada la capacidad del empleado de volver al trabajo si se le otorga una licencia como adaptación.