



Esta sección solo es necesaria si el médico NO responde la pregunta n.º 4, o para ofrecer mayor claridad.

## Formulario de declaración médica para la solicitud de adaptaciones 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>Los empleados deberán proporcionar a su proveedor de atención médica una copia de la descripción de su puesto de trabajo actual. Si no tiene la descripción de su puesto de trabajo, la Oficina de Igualdad de Oportunidades y Cumplimiento (Office of Equal Opportunity and Compliance, OEOC) puede proporcionarle una.</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:	
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, firmelo 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>	



Esta sección solo es necesaria si el médico NO responde la pregunta n.º 4, o para ofrecer mayor claridad.

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

<p>1. ¿Tiene el empleado una discapacidad física o mental?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p>a. <i>Si la respuesta es sí, indique el nombre de la discapacidad (diagnóstico) o afección médica.</i></p>				
<p>2. ¿Es la discapacidad (diagnóstico) o afección médica permanente?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p>				
<p>a. Si <b>no</b> es permanente, ¿cuánto durará probablemente la discapacidad (diagnóstico) o afección médica?</p> <table border="0"> <tr> <td>Cantidad de días</td> <td>Cantidad de semanas</td> </tr> <tr> <td>Cantidad de meses</td> <td>Cantidad de años</td> </tr> </table>	Cantidad de días	Cantidad de semanas	Cantidad de meses	Cantidad de años
Cantidad de días	Cantidad de semanas			
Cantidad de meses	Cantidad de años			
<p>b. ¿Se trata de una afección que puede provocar episodios de discapacidad en lugar de un período continuo de discapacidad?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p>				
<p>c. ¿Requiere la afección visitas periódicas a un proveedor de atención médica para su tratamiento?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p>				
<p>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 (<i>p. ej., compañeros de trabajo, el público en general, etc.</i>)?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p>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:</p>				
<p>3. ¿Limita la discapacidad de forma considerable una actividad principal de la vida cotidiana?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p>				
<p>4. Describa las actividades principales de la vida cotidiana (<i>p. ej., respirar, comer, dormir, caminar, hablar, tareas manuales, etc.</i>) que se ven considerablemente limitadas por la discapacidad (diagnóstico) o afección médica o su tratamiento. <b>(Si lo prefiere, puede usar la lista que se incluye en la Sección 3 para indicar las principales actividades de la vida cotidiana que se ven afectadas por la discapacidad (diagnóstico) o afección médica del empleado.</b></p>				

Esta sección solo es necesaria si el médico NO responde la pregunta n.º 4, o para ofrecer mayor claridad.

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

5. Revise la descripción del puesto de trabajo adjunta. (Si no hay una descripción adjunta, analice con el empleado su puesto para determinar deberes esenciales y horario habitual). A partir de la descripción del puesto, ¿a qué beneficios del empleo no puede acceder o qué funciones esenciales del trabajo no puede desempeñar debido a sus limitaciones?

6. ¿Puede el empleado desempeñar las funciones esenciales enumeradas en la descripción del puesto de trabajo proporcionada con una adaptación razonable, o sin ella?

- Sí, con una adaptación razonable.
- Sí, sin una adaptación razonable.
- No, el empleado no puede desempeñar sus funciones esenciales con una adaptación razonable o sin ella.

a. Si la respuesta es **no**, ¿cuánto tiempo permanecerá el empleado sin poder desempeñar las funciones esenciales de su trabajo?

Cantidad de días	Cantidad de semanas	Cantidad de meses
<input type="checkbox"/> Permanentemente		

7. ¿Tiene alguna sugerencia sobre las posibles adaptaciones que permitirían que el empleado desempeñe las funciones esenciales de su trabajo o que acceda a los beneficios del empleo?

Sí       No

a. Si la respuesta es **sí**, ¿qué adaptaciones o ajustes en el entorno de trabajo o en las responsabilidades del trabajo permitirían que el empleado desempeñe las funciones esenciales de su trabajo o acceda a los beneficios del empleo? *Sea específico. Por ejemplo, límites de peso y tiempo para restricciones de movilidad, características funcionales para equipos de oficina, etc.* (adjunte páginas adicionales si es necesario).

b. Si la respuesta es **sí**, ¿durante cuánto tiempo necesitará el empleado la adaptación para desempeñar las funciones esenciales de su trabajo?      Cantidad de días

Cantidad de semanas                      Cantidad de meses

Permanentemente



Esta sección solo es necesaria si el médico NO responde la pregunta n.º 4, o para ofrecer mayor claridad.

<b>Sección 3: A ser completada por el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA</b>			
<b>Actividades principales de la vida cotidiana afectadas</b>			
<b>Sistema de órganos afectado</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>
Sistema inmunitario			
Sistema respiratorio			
Sistema digestivo			
Sistema endocrino			
Sistema circulatorio			
Sistema nervioso			
Musculoesquelético			
Sistema urinario			
<b>Actividad física afectada</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>
Sentarse			
Permanecer de pie			
Caminar			
Agacharse			
Subir escalones			
Arrodillarse			
Cuidar de uno mismo			
Dormir			
Respirar			
Hablar			
Comer			
Empujar y tirar			
Levantar o transportar: <b>10 libras o menos</b>			
Levantar o transportar: <b>De 11 a 25 libras o menos</b>			
Levantar o transportar: <b>De 26 a 50 libras o menos</b>			
Levantar o transportar: <b>De 51 a 75 libras o menos</b>			



Esta sección solo es necesaria si el médico NO responde la pregunta n.º 4, o para ofrecer mayor claridad.

<b>Sección 3: A ser completada por el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA</b>			
<b>Actividades principales de la vida cotidiana afectadas</b>			
Levantar o transportar: <b>Más de 75 libras</b>			
<b>Actividad física afectada</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>
Uso repetitivo de manos: mano derecha			
Uso repetitivo de manos: mano izquierda			
<b>Limitaciones mentales, emocionales y sensoriales</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>
Ritmo de trabajo			
Razonamiento			
Administrar múltiples prioridades			
Interacción intensa con los clientes			
Múltiples estímulos			
Cambios frecuentes			
Memoria a corto plazo			
Memoria a largo plazo			
Capacidad de atención			
Audición			
Vista			
Lectura			
Capacidad de análisis			
Aprendizaje			
Comunicación escrita			
Comunicación verbal			
Interacción con otras			



Esta sección solo es necesaria si el médico NO responde la pregunta n.º 4, o para ofrecer mayor claridad.

**Sección 3: A ser completada por el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

**Actividades principales de la vida cotidiana afectadas**

personas			
----------	--	--	--

Otras actividades principales de la vida cotidiana afectadas o comentarios: