

# Certificación médica (Completada por un proveedor médico)

Para el proveedor médico:

Agradecemos su asistencia al proporcionarnos la información necesitada, la cual nos ayudará a determinar si una acomodación razonable es apta para el individuo, quien se ha identificado como su paciente. La información que Ud. nos proporcione, es crítica para determinar los servicios apropiados y/o acomodaciones, si existiese alguna, para esta persona en cuestión. Por favor sea minucioso al momento de completar esta evaluación, ya que todas las secciones adjuntas, nos ayudarán a asistir a su paciente. **El completar de manera oportuna este formulario, es esencial, ya que nos proveerá la habilidad de responder a las necesidades de acomodación de su paciente.**

Por favor complete las secciones de la 1 a la 7 (I – VII). Si envía este formulario vía fax, por favor también envíe su original, vía correo regular, a la dirección especificada en la parte inferior de la página.

## I. Resumen de la evaluación

\*\*Por favor identifique los impedimentos físicos o no físicos del solicitante (s):

Por favor describa los efectos o las limitaciones y duración determinada (Eje: largo plazo, permanente, reciente, temporero):

Por favor describa los efectos o limitaciones de los impedimentos, relacionados con las actividades del solicitante, si alguna:

¿Es esta condición el resultado de una lesión o enfermedad laboral?                      Si                      No

## II. Resumen de la capacidad de ejecución de labores

Por favor marque la cajita apropiada: Mi evaluación está basada en (selección una):	Análisis escrito de trabajo/actividad	Descripción escrita de trabajo/actividad	Trabajo/actividad descrita por el solicitante
--	--	---	---

A. Escoja únicamente una de las siguientes declaraciones:

El solicitante/paciente **PUEDE ahora** desempeñar todas sus labores/actividades ACTUALES sin restricciones (SI ESTA CAJITA ES MARCADA, DETÉNGASE, FIRME Y REGRESE EL FORMULARIO).

El solicitante/paciente **PUEDE ahora** desempeñar todas sus labores/actividades ACTUALES (con acomodaciones propuestas). (Complete Section B)

El solicitante/paciente **PUEDE** retornar a sus labores/actividades después de una licencia médica necesaria. (Complete Section C), o

El solicitante/paciente **NO PUEDE, y no será capaz de desempeñar sus funciones esenciales laborales, aun después de 6 meses**, y no **PUEDE** trabajar, por lo menos un 50% del tiempo, en otras labores. (SI ESTA CAJITA ES MARCADA, DETÉNGASE, FIRME Y REGRESE EL FORMULARIO).

El solicitante **no será capaz de desempeñar sus funciones esenciales laborales, dentro de los próximos 6 meses; sin embargo, AHORA PUEDE** trabajar por los menos el 50% del tiempo en otras labores, con las siguientes limitaciones:

Indique el porcentaje máximo de tiempo:

B. Recomiendo modificaciones **temporarias o permanentes** en las actividades/labores del solicitante, las cuales he determinado ser medicamente necesarias (Eje: horario laboral, levantamiento, retorno a sus labores de manera gradual. etc.)

Duración de la modificación propuesta: desde (mm/dd/yy):                      hasta (mm/dd/yy):

C. Recomiendo una licencia laboral médica desde (mm/dd/yy):                      hasta (mm/dd/yy):

El empleado/paciente será capaz de retornar a sus labores (mm/dd/yy):

\*\* Un impedimento físico/no físico es aquel que limita, sustancialmente, una o más actividades importantes de la vida.

### III. Evaluación de las capacidades físicas

Nombre del paciente

Apellido

Nombre

MI

Por favor describa e efecto o limitaciones de cualquier impedimento físico, el cual de manera substancial limita una o más de las actividades esenciales de la vida diaria, y explique como tal impedimento interfiere con la habilidad del solicitante/paciente, de desempeñar sus funciones esenciales laborales o de disfrutar de los mismos beneficios y privilegios del empleo sin acomodación (para los solicitantes/pacientes no pertenecientes al profesorado, por favor revise la información adjunta concerniente a las asignaciones laborales:

Debido a la condición del paciente, ¿qué tan a menudo recibe el paciente tratamiento por parte suya o de otro proveedor médico?

---

### IV. Evaluación de capacidades cognitivas / no físicas

Nombre del paciente

Apellido

Nombre

MI

Por favor describa e efecto o limitaciones de cualquier impedimento físico, el cual de manera substancial limita una o más de las actividades esenciales de la vida diaria, y explique como tal impedimento interfiere con la habilidad del solicitante/paciente, de desempeñar sus funciones esenciales laborales o de disfrutar de los mismos beneficios y privilegios del empleo sin acomodación (para los solicitantes/pacientes no pertenecientes al profesorado, por favor revise la información adjunta concerniente a las asignaciones laborales:

Debido a la condición del paciente, ¿qué tan a menudo recibe el paciente tratamiento por parte suya o de otro proveedor médico?

---

### V. Otras restricciones y efectos de la medicación

Si existiesen otras restricciones, que aún no hayan sido descritas, por favor menciónelas aquí debajo:

¿Cuál es la duración anticipada de estas restricciones?

¿Son estas restricciones medicamente necesarias?      Si                      No

¿Podría la medicina actual, prescrita al paciente, impedir la habilidad de operar maquinaria, de ser puntual, o de mantener una asistencia regular?                      Si                      No

Si su respuesta es SI, por favor explique, incluyendo el periodo de tiempo, en el cual al empleado recibirá esta o medicina similar:

## VI. Acomodaciones recomendadas

Por favor recomiende su sugerencia para una acomodación, Y explique cómo cada acomodación permitirá que el solicitante/paciente desempeñe sus funciones esenciales o disfrute los mismos beneficios/privilegios del empleo:

Si la acomodación solicitada es la de requerir tiempo de descanso en el trabajo, ¿cuánto tiempo es recomendado?

Existe alguna actividad/situación que deberá ser evitada o que podría presentar un riesgo significativo o una lesión seria o muerte para el solicitante?

---

## VII. Firma del proveedor de salud

Gracias por su asistencia al proporcionarnos esta información, nos ayudará a evaluar la petición del solicitante/paciente. Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario, por favor contacte: Office of Institutional Equity at (407) 823-1336.

Nombre del proveedor médico (por favor escriba en letra de molde o utilice otro método legible para escribir)

Licenciatura/especialidad del proveedor: Por favor indique certificaciones (si hubiesen)    No. de licencia

Dirección (Calle)

Ciudad

Estado

Casilla postal

Firma del proveedor médico

Fecha

Número de teléfono

Número de Fax

**\*\* Por favor retorne todas las porciones completadas por el proveedor médico a:**

Office of Institutional Equity  
University of Central Florida  
12701 Scholarship Drive, Suite 101 (Building 81)  
Orlando, Florida 32816-0030  
Fax: (407) 882-9009 or Email: oie@ucf.edu

## APPENDIX A

**IMPORTANTE:** Complete únicamente los siguientes elementos, en concordancia con la evaluación clínica del paciente, y los resultados de otras pruebas. Para cualquier elemento que no pueda ser respondido, seleccione No aplicable..

**A. En su horario, el paciente será capaz de...**

Sentarse	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Pararse (en su lugar)	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Caminar	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable

**B. El paciente podrá levantar...**

0 a 10 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
11 a 25 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
26 a 50 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
51 a 100 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable

**C. El paciente podrá cargar...**

0 a 10 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
11 a 25 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
26 a 50 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
51 a 100 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable

**D. El paciente podrá empujar/halar...**

0 to 10 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
11 a 25 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
26 a 50 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
51 a 100 lbs	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable

**E. El paciente será capaz de...**

Doblarse	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Ponerse en cuclillas	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Arrodillarse	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Subir	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Alcanzar	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Alcanzar por encima de del hombro	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Girar (parte superior del torso)	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable

**F. El paciente es capaz de...**

Operar maquinaria pesada	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Manejar un vehículo de cambios	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable
Trabajar con/cerca de maquinaria en movimiento	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	No aplicable

**G. El paciente podrá utilizar sus manos para acciones repetitivas, tales como:**

Agarrar	Mano izquierda	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno
	Mano derecha	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno
Empujar y halar	Mano izquierda	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno
	Mano derecha	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno
Manejo excelente	Mano izquierda	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno
	Mano derecha	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno
Teclado o teclear	Mano izquierda	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno
	Mano derecha	Total de horas (simultáneamente)	Total de horas durante un turno

## APPENDIX B

### **IMPORTANTE: Proveedor médico – Por favor identifique las limitaciones funcionales del diagnóstico:**

El paciente tiene la capacidad de satisfacer las demandas cognitivas del trabajo descritas en el análisis cognitivo de labores o descripción de trabajo. ( <i>seleccione una</i> )	Si	No
Análisis laboral cognitivo      Descripción de trabajo      Labores descritas por el empleado		
El paciente tiene la capacidad de satisfacer las demandas psicológicas del trabajo descritas en el análisis cognitivo del trabajo o en la descripción del trabajo. ( <i>seleccione una</i> )	Si	No
Análisis laboral cognitivo      Descripción de trabajo      Labores descritas por el empleado		
El paciente tiene la capacidad de realizar múltiples tareas sin la pérdida de eficiencia o precisión. Esto incluye la capacidad de realizar múltiples tareas de varias fuentes.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de trabajar y de poner atención con distracciones y/o interrupciones.	Si	No
El paciente es capaz de mantener una interacción apropiada con una variedad de individuos incluyendo clientes.	Si	No
El paciente es capaz de interactuar con las personas en circunstancias adversas.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de trabajar como un miembro integral del equipo laboral. Incluye la capacidad de mantener relaciones sociales en el lugar laboral.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de mantener una asistencia regular y puntual.	Si	No
El paciente tiene la capacidad, de recordar y adherirse a instrucciones simples verbales y escritas.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de entender, recordar y adherirse a instrucciones detalladas verbales y escritas.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de completar las tareas asignadas con supervisión mínima o sin ella.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de ejercer un juicio independiente y de ejecutar decisiones.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de desempeñar sus funciones bajo estrés o emergencias.	Si	No
El paciente tiene la capacidad de desempeñar en situaciones que requieren rapidez, fechas límites, cuotas de productividad.	Si	No

*Clarifique o añada cualquier información adicional aquí debajo:*