AUSTIN REGIONAL CLINIC

FMLA, INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y REGRESO AL TRABAJO

Persona obtieniendo formularios: _____

Nombre del Paciente (Por favor imprima) _____ Fecha de Nacimiento del Paciente _____

Patient MRN *(Solo para uso en el consultorio)* _____ Proveedor _____

- Tenga en cuenta que hay **una tarifa de procesamiento de $25.00** por toda la documentación que completa el proveedor/personal clínico y hay que esperar entre **7 y 10 días hábiles** para que sus formularios sean completados.
  - Si se realiza una solicitud para completar documentación adicional para una condición médica separada, es posible que incurra en una tarifa adicional de $25.00.
- Tenga en cuenta: no podemos completar la documentación por ausencias laborales incurridas antes de su primera visita con el proveedor.

1. ¿Está esto relacionado con una herida? (Circule uno): Sí No
2. ¿La herida está relacionada con el trabajo? (Circule uno): Sí No
3. ¿Fecha en la que le aconsejaron que dejara de trabajar? _____
4. ¿Fecha de la cirugía O fecha del parto de embarazo? _____
5. Fecha que espera regresar al trabajo (si no sabe, escriba la fecha de su próxima cita con su médico): _____
6. Proporcione una breve descripción de sus deberes laborales: _____
7. ¿Cuál es su horario de trabajo normal? _____
   - Enumere las fechas y/u horas de descanso que esta solicitando: _____
8. ¿Su empleador le permitirá regresar al trabajo con restricciones? (Circule uno): Sí No
   - En caso de que sí, ¿qué restricciones necesitará? _____
9. ¿Necesitará tiempo libre intermitente o continuo? _____
10. ¿Hay algo más que notar sobre la situación? _____

☐ Me gustaría recoger mis formularios completos, por favor llámeme al: _____ cuando estén listos.

☐ Enviar formularios completos a mi MyChart.

☐ Me gustaría que mis formularios se envíen por fax a: Nombre: _____ Fax: _____

Por la presente doy permiso a Austin Regional Clinic para divulgar mi información personal en formularios asociados con el grupo anterior. También entiendo que hay una tarifa de $25 por completar los formularios.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Internal Use Only *(Solo para uso interno)*

Request Taken By: ☐ *TRIAGE CALL ENTERED*

BO: Drop off Date: _____ ***Due Date:*** _____ ***Charge Entered Date:*** _____

Payment Date: _____ ***OR*** ☐ ***Patient will pay at pickup***

☐ ***Clinical: Encounter signs/sent to scan on:*** _____