

# INFORME DE ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD FÍSICA

NOMBRE DEL RECLAMANTE \_\_\_\_\_ NO. SEG. SOC. \_\_\_\_\_  
(Apellido, nombre de pila, inicial)

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
(Apellido, nombre de pila, inicial)

OFICIO PRINCIPAL DEL RECLAMANTE \_\_\_\_\_

Sí No ¿Es el reclamante el paciente?

**DECLARACION DE AUTORIZACION:** Yo autorizo a usted a divulgar la información pedida abajo al Departamento de Seguridad Económica con el entendimiento que se lo usará para determinar la elegibilidad por beneficios por desempleo.

FIRMA DEL RECLAMANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## SECCIÓN I A SER LLENADO POR UN MÉDICO

Sr.

Sra/Srta. \_\_\_\_\_ ha estado recientemente bajo mi cuidado por:

\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(Naturaleza de la Enfermedad) (Fecha) (Fecha)

SI EL RECLAMANTE ES EL PACIENTE, EL MÉDICO QUE HACE LAS RECOMENDACIONES DE CUIDADO Y DE REUBICACION DEBE LLENAR LA SECCION II. SI NO ES ASI, PROCEDA A LA SECCION III.

## SECCIÓN II

Sí No 1. En su opinión, ¿ha podido trabajar el paciente? Si contestó no, llene siguiente:

a. El paciente no pudo trabajar tiempo completo a partir de \_\_\_\_\_

b. El paciente pudo podrá trabajar tiempo completo a partir de \_\_\_\_\_

c. ¿Hay restricciones de trabajo? (levantar, manejar, caminar, etc.) Anote y especifique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. En su opinión, ¿fue necesario que el paciente:

**Fecha en que se le aconsejó**

Sí No a. Dejará de trabajar para tratamiento o recuperación? \_\_\_\_\_

Sí No b. Cambiará de oficio? \_\_\_\_\_

Sí No c. Se trasladará a otro área? \_\_\_\_\_

## LLENE SÓLO SI SE APLICA A UD.

3. Prenatal a. Fecha en que se espera al bebé \_\_\_\_\_  
b. La paciente no debe trabajar a partir de \_\_\_\_\_

4. Postparto c. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
d. La paciente puede trabajar tiempo completo a partir de \_\_\_\_\_

## SECCIÓN III

Sí No 1. En su opinión, ¿necesitó el paciente cuidado de tiempo completo durante el periodo de tratamiento y/o recuperación?

Sí No 2. ¿Fue necesaria la presencia del reclamante al proveer cuidado/tratamiento al paciente?

a. Clase de cuidado: \_\_\_\_\_ Fecha en que se necesita: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ NUM. DE TEL. \_\_\_\_\_  
(En letra de molde)

DOMICILIO DEL MÉDICO (Núm., Calle) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC  
SECURITY Unemployment Insurance  
P.O. Box 29225, Mail Drop 5895  
Phoenix AZ 85038-9225  
Fax: 602-364-1210 or 520-770-3357

**PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO THE PATIENT OR MAIL/FAX  
TO THE ABOVE ADDRESS/FAX NUMBER.**

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Gerente de la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Free language assistance for DES services is available upon request