

Información personal que usted provee podrá ser utilizada para propósitos secundarios. Vea la sección 15.04 (1) (m), estatutos de Wisconsin, para los detalles.

Estimado Médico:

Para asistir a establecer los derechos de privilegio bajo la Ley Para Ausencia Médica o Familiar de Wisconsin (Sección 103.10, estatutos de Wisconsin) conteste por favor las siguientes preguntas y devuelva esta certificación al patrón.

Información del Patrón

Nombre del patrón			
Dirección de la calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Nombres del Empleado y Paciente

Nombre del Empleado	Nombre del Paciente (si no es empleado)
---------------------	---

Información Requerido (Patrón, por favor marque las cajas apropiadas para identificar la información que usted necesita del médico.)

<input type="checkbox"/> ¿_____ tiene una condición seria de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (nombre del paciente)
Nota: La Ley de Ausencia Medica o Familiar (Sección 103.10 estatutos de Wisconsin) defina a una condición seria de salud como una enfermedad física o mental, o un golpe , impedimento, o condición que requiere hospitalización o que requiere tratamiento o supervisión continuo de un médico u otra persona con capacidades médicas.
<input type="checkbox"/> ¿En qué fecha comenzó la condición?
<input type="checkbox"/> ¿Cuál es la duración probable de la condición?
<input type="checkbox"/> ¿Especifique los hechos médicos con respecto a la condición seria de la salud (diagnosis no requerida). _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Indique por favor el nivel al cual el empleado no puede realizar sus deberes del empleo. _____ _____

Información del médico

Nombre del médico (imprensa por favor)	
Firma del médico	Fecha de firma

Nota al patrón: esta información se debe conservar en un archivo médico confidencial.