Este formulario presenta un plan para tu licencia por salud (separación médica). Este plan de salud es entre el profesional de salud del centro y tú. El mismo incluye información (llamada “referido”) sobre un proveedor/a o clínica al cual puedes acudir para recibir tratamiento y los pasos que debes seguir para regresar al centro dentro de 180 días. Mientras estés en la licencia médica, serás responsable de tus facturas médicas. Esta es tu copia; el formulario original se mantiene en tu expediente de salud del estudiante (SHR, por sus siglas en inglés) de Job Corps.

**Por favor, notifica a Job Corps si tu número de teléfono o dirección cambian durante tu licencia médica. El personal de salud del centro te contactará cada mes mientras dure la licencia para conocer sobre tu progreso.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Información - Estudiante** *puede ser completado por enfermería* | |
| **Nombre Estudiante:** | ¿Se consideró apropiado otro tipo de licencia? ☐ Sí ☐ No   * **De responder Sí, qué tipo y fechas de la licencia:**   Admin  Tiempo Libre Personal (PTO por sus siglas en inglés)  Otra:    Fechas de la licencia: |
| **# ID:** |
| **Centro Job Corps:** |
| **Fecha de Inicio MSWR en CIS:** |
| **Fecha Anticipada de Regreso:** | ¿Se consideraron acomodos por discapacidad?**[[1]](#footnote-2)**  Sí  No |
| **Director/a del Centro de Salud y Bienestar** (nombre, título): | |
| **Profesional Clínico/Cualificado de la Salud que Completa el Formulario** *(nombre y título):* | |
| **Justificación para la Licencia de Salud** *puede ser completado por enfermería* | |
| **Marque uno o más cuadrados para el tipo de licencia médica.** No se debe escribir ninguna información clínica en esta sección. El médico/a del centro u otro/a profesional de la salud cualificado (QHP por sus siglas en inglés) debe documentar su evaluación clínica en el SHR, incluyendo un código de diagnóstico.  Médica  Salud Mental  Uso de Sustancias  Embarazo  Salud Oral  Oficina de Compensación de Trabajadores por lesión (formularios aplicables incluidos)  AmenazaDirecta a Otras Personas. ***El Formulario PRH 2-04 debe ser completado por personal clínico y colocado en el SHR*** | |
| **Instrucciones de Tratamiento Individualizadas** *debe ser completado por personal clínico* | |
| Síntomas, conductas, o condiciones que requieren tratamiento:  Instrucciones de tratamiento para estabilizar o mejorar los síntomas o problemas específicos enumerados previamente:  Tu documentación de tratamiento bebe mostrar que tu condición(es) o síntomas se han estabilizado o mejorado. | |
| Debes ser evaluado/a por un proveedor/a o especialista de atención de salud licenciado o certificado  (tipo: \_\_\_\_) y seguir sus recomendaciones de tratamiento para mejorar tu salud.  Sí  No  No aplica | |
| Debes ser evaluado/a por un proveedor/a de salud mental licenciado y seguir sus recomendaciones  de tratamiento para estabilizar los síntomas de salud mental enumerados anteriormente.  Sí  No  No aplica | |
| Debes ser evaluado/a por un proveedor/a médico licenciado (incluido un/a psiquiatra, si es necesario)  para determinar si hay medicamentos que podrían ayudar a mejorar tu condición.  Sí  No  No aplica | |
| Un proveedor/a médico licenciado debe revisar tus medicamentos actuales para determinar  si algún cambio podría ayudar a mejorar tu condición.  Sí  No  No aplica | |
| **Referido(s) para Tratamiento** *puede ser completado por personal de enfermería*  *No complete esta sección si el/la estudiante prefiere ver su propio proveedor/a.* | |
| Se te debe ofrecer información (“un referido”) al menos de un proveedor/a o clínica que pueda brindarte el tratamiento que necesitas, a menos que prefieras ver a tu proveedor/a personal u otro/a que elijas, lo cual se documentará en la próxima sección.  Proveedor/a a Referir/Nombre de la Clínica:  Número de Teléfono del Lugar Referido:  Dirección del Lugar Referido:  Correo Electrónico o Sitio Web (opcional):  Fecha y Hora de la Cita (opcional): | |
| **No se Necesita Referido para Tratamiento** *puede ser completado por personal de enfermería* | |
| Si deseas acudir a tu proveedor/a de atención médica personal u otro/a que elijas para recibir tratamiento, proporciona la siguiente información:  Nombre de Proveedor/a /Nombre de la Clínica: Número de Teléfono: | |
| **Detalles de Transportación** *puede ser completado por personal de enfermería* | |
| |  |  | | --- | --- | | Se te proveerá un boleto de autobús. | Un miembro del personal del centro te transportará. | | Se te proveerá un boleto de tren. | Un familiar/amigo/a que conoces te recogerá. | | Se te proveerá un boleto de avión. | Otro | | |
| **El/La estudiante requiere escolta** (basado en la evaluación por profesional clínico del centro)  Sí  No  \***De responder Sí**, nombre escolta y título/relación: | |
| **Pasos Individualizados para Regresar al Centro** *debe ser completado por personal clínico* | |
| 1. Entrega copias de los documentos de tu tratamiento, incluidos los documentos de cualquier especialista que hayas visto, al Centro de Salud y Bienestar. Tu proveedor/a de salud o la clínica visitada pueden faxear los documentos de tratamiento directamente a \_\_\_\_\_\_\_ o enviarlos por correo electrónico a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2. Haznos saber qué puedes necesitar para mantener la estabilidad o la recuperación de tu condición después que regreses, como medicamentos o continuidad de tratamiento. (Esta información puede estar incluida en los documentos de tratamiento). 3. Infórmanos sobre cualesquiera acomodos por discapacidad que puedas necesitar para participar en el programa. 4. Pasos adicionales: | |
| **Próximos Pasos del Centro** | |
| * Después que tú o tu proveedor/a de salud nos envíe tus documentos de tratamiento, **un miembro del personal de salud del centro revisará los documentos y se comunicará contigo para discutir el tratamiento que recibiste y tu capacidad para participar en Job Corps.** El personal del centro puede pedirte permiso por escrito para hablar con tu proveedor/a de atención médica. * El personal de salud de Job Corps determinará si estás listo/a para regresar al centro después de tu licencia de salud. * Es posible que el Coordinador/a de Discapacidad del centro se comunique contigo para determinar si necesitas acomodos por discapacidad. | |
| **Firmas - Personal de Job Corps** | |
| Firma - Profesional Clínico del Centro o QHP Fecha    Director/a del Centro de Salud y Bienestar Fecha | |
| **Consentimiento y Firma - Estudiante[[2]](#footnote-3)** | |
| **Firmar este formulario significa que comprendes la información contenida en este formulario y que tuviste la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas a tus interrogantes.** Por favor, marca un cuadrado:  **Yo acepto (consiento) la licencia de salud (separación médica con derechos a reinstalación o MSWR).**  **Yo no acepto (consiento) la licencia de salud (separación médica con derechos a reinstalación o MSWR).**  \_\_  Firma - Estudiante Día Número(s) de contacto fuera del centro  **El/la estudiante no estuvo disponible para firmar el formulario, pero dio su consentimiento verbal como se  documenta en el SHR.** | |
| *Opcional:*  Fecha de terminación MSWR (180 días): Fecha en que estudiante regresa del MSWR: | |

1. Incluya el Plan de Acomodo de Discapacidad & las Notas de Acomodación de CIS con la documentación del MSWR en el SHR. [↑](#footnote-ref-2)
2. Si el/la estudiante no da su consentimiento para el MSWR, el Formulario PRH 2-05 debe ser completado por personal clínico del centro y colocado en el SHR. [↑](#footnote-ref-3)