

Forma de Solicitud de Ausencia Medica:

Arlington Independent School District
Certificación Médica del Proveedor de Salud
Ausencia de Incapacidad Temporal (Temporary Disability Leave)

Nombre del empleado:	Nombre del paciente:
Departamento de AISD al que pertenece:	Posición del empleado:

La sección de abajo debe ser completada por el profesional médico atendiendo al paciente:

La información solicitada en este formulario es únicamente en relación con la condición de salud grave por la cual el empleado está solicitando usencia médica. *Por favor marque la categoría que aplica a la condición del por ~~(PS: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)~~ca*

ARLINGTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
CERTIFICACIÓN DE APTITUD PARA EL LABOR
(Forma requerida antes de regresar a trabajar)

Nombre de empleado: _____ Posición: _____

Campus/Departamento: _____

Condición seria de salud del empleado(a) que causo el permiso de ausencia medica:

Fecha cuando la ausencia comenzó: _____ Fecha cuando la ausencia termino: _____

Professional Medico: He revisado la descripción del trabajo que realiza el empleado. _____ Inicial

¿EL/ELLA es capaz de realizar sus deberes de trabajo de manera regular y sin restricciones comenzando _____ (fecha) y hasta _____

Por favor indique las restricciones, si aplican, en la siguiente sección:

Estar de pie (número de horas): _____ Caminar (número de horas): _____

Estar sentado (número de horas): _____ Levantar peso (número de libras/kilos): _____

