



## Formulario de inscripción en la Oficina de Incapacidad Laboral

**Llene este formulario por completo para que podamos comenzar a tramitar su solicitud.  
Los datos incorrectos o la falta de información pueden causar demoras.**

Fecha de hoy: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente:  
\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
N.º de historia clínica del paciente (si lo sabe): \_\_\_\_\_  
Médico que atiende al paciente \_\_\_\_\_

### Quién necesita ausentarse del trabajo:

El paciente  El cuidador  Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

### Seleccione una de las siguientes opciones:

#### Licencia intermitente

Sí  No

Fecha de inicio de la licencia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número aproximado de días que deberá ausentarse en un mes: \_\_\_\_\_

O bien,

#### Licencia continua o por un tiempo determinado

Sí  No

Fecha de inicio de la licencia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha de regreso al trabajo (si la sabe): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### Dónde enviar el formulario cumplimentado (Marque solo una opción).

**Por fax** a la compañía de seguros o al empleador: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
A nombre de: \_\_\_\_\_

O bien,

**Por correo postal** al paciente o al empleador.

**No podemos enviar formularios cumplimentados por correo electrónico a pacientes ni a empleados.**

Dirección postal en los EE. UU.: \_\_\_\_\_  
A nombre de: \_\_\_\_\_

**El trámite de la documentación tardará hasta 15 días laborables desde la fecha en que se reciba este formulario.** Comuníquese con su empleador o con la compañía de seguro de discapacidad si necesita información actualizada sobre los trámites. Si han transcurrido más de 15 días laborables desde la fecha en que el formulario se envió a la Oficina de Incapacidad Laboral y su empleador o su compañía de seguros no lo han recibido, deje un mensaje en el teléfono (813) 745-2356 de la Oficina de Incapacidad Laboral, escriba por correo electrónico a [disabilityoffice@moffitt.org](mailto:disabilityoffice@moffitt.org) o envíe un fax al (813) 449-6640. Alguien le llamará antes de que termine el siguiente día laboral. Se puede tener acceso a los formularios cumplimentados en el portal digital para pacientes.

**Firma de la persona que llena el formulario:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_