

**CONDADO DE MONTEREY
FORMULARIO DE CONSULTA MÉDICA EN
RESPUESTA A UNA SOLICITUD DE
AJUSTE DE CONDICIONES DE TRABAJO**



A. Nombre del Empleado/Paciente _____

B. Preguntas para ayudar a determinar si un empleado tiene una discapacidad.

Para ajuste de condiciones de trabajo razonables bajo la Ley de Empleo y Vivienda Justos (FEHA, por sus siglas en inglés), un empleado tiene una discapacidad si tiene un impedimento que limita una o más actividades de su vida, tiene un historial de un impedimento o se le percibe que tiene un impedimento. Las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar si un empleado tiene una discapacidad:

¿Tiene el empleado algún impedimento físico o mental?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

¿El impedimento es a largo plazo o permanente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Si no es permanente, ¿cuánto tiempo probablemente durará el impedimento?

¿El impedimento limita una actividad importante de la vida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

En caso afirmativo, ¿qué actividad(es) principal(es) de la vida se ve(n) afectada(s)?

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidar de uno mismo | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> El oído | <input type="checkbox"/> Levantar algo | <input type="checkbox"/> Otro:
(describa) |
| <input type="checkbox"/> Interactuar con personas | <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> La vista | <input type="checkbox"/> Dormir | |
| <input type="checkbox"/> Realizar tareas manuales | <input type="checkbox"/> Agarrar algo | <input type="checkbox"/> El hablar | <input type="checkbox"/> Concentración | |
| <input type="checkbox"/> Respiración | <input type="checkbox"/> Pensar | <input type="checkbox"/> El aprender | <input type="checkbox"/> Reproducción | |
| <input type="checkbox"/> Funcionamiento laboral | <input type="checkbox"/> Ir al Baño | <input type="checkbox"/> Sentarse | | |
| | | | | |

¿La discapacidad limita el funcionamiento de una función corporal importante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

C. Preguntas para ayudar a determinar si se necesita un ajuste a las condiciones de trabajo.

Un empleado con una discapacidad tiene derecho a un ajuste de las condiciones de trabajo sólo cuando el ajuste es necesario debido a la discapacidad. Las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar si el ajuste solicitado es necesario debido a la discapacidad:

¿Qué limitación(es) está(n) interfiriendo con el desempeño laboral?

¿Qué función(es) de trabajo no puede realizar el empleado debido a la(s) limitación(es)?

¿Cómo interfieren las limitaciones del empleado con su capacidad para realizar la(s) función(es) del trabajo?

D. Preguntas para ayudar a determinar opciones de ajuste de condiciones laborales efectivas.

Si un empleado tiene una discapacidad y necesita un ajuste a las condiciones de trabajo debido a su discapacidad, el patrón debe proporcionar un ajuste razonable, a menos que el ajuste planteé una dificultad excesiva. Las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar ajustes efectivos:

¿Tiene alguna sugerencia sobre posibles ajustes para mejorar el desempeño laboral?

Si tiene sugerencias, ¿cuáles son?

¿Cómo mejorarían el desempeño laboral del empleado sus sugerencias?

E. Comentarios.

Firma del Profesional Médico _____

Fecha _____