



PFML

Guía para Proveedores de Cuidados de la Salud

El Permiso Familiar y Médico Pagado, o PFML (por sus siglas en inglés), es un programa de beneficios que ofrece la Mancomunidad para los empleados en Massachusetts. Esta guía le ayudará a entender el programa y la función que usted tiene en el proceso de solicitud.



Paid Family &
Medical Leave
MASSACHUSETTS

Contenido

- 01** ¿Qué es el PFML?
- 02** ¿Qué tipos de permisos hay disponibles?
- 03** ¿Cuál es mi función como proveedor de cuidados de la salud?
- 04** ¿Qué es una condición grave de salud?
- 05** ¿Cuáles son las actividades en un permiso para brindar cuidados?
- 06** ¿Qué documentación debo completar?
- 11** ¿Hay algo más que debería saber?

¿Qué es el PFML?

PFML es un programa de la Mancomunidad diseñado para otorgar a los empleados en Massachusetts los recursos para gestionar las condiciones graves de salud propias o de un miembro de la familia, o los asuntos de un miembro de la familia en servicio activo, o para vincularse con un hijo/a.

El PFML brinda un reemplazo temporal de ingresos a los empleados elegibles.

Además, los empleados elegibles pueden obtener ciertas protecciones laborales. Cuando un empleado regresa después de tomarse un permiso, su empleador debe restituirle el mismo puesto que tenía antes del permiso, o deberá asignarle un puesto que tenga igual categoría salarial, beneficios laborales, crédito por tiempo en servicio y antigüedad.

FMLA versus PFML

Ley de Permiso Familiar y Médico (FMLA, por sus siglas en inglés)





- Una ley **federal**
- Cubre a empresas con **50 empleados o más**
- Los empleados son elegibles si tuvieron el empleo por al menos **12 meses**, con **1250 horas trabajadas**
- El empleador **no es responsable** por las contribuciones
- Los beneficios que se brindan incluyen protección laboral y permiso familiar y médico **no pagado**

Permiso Familiar y Médico Pagado (PFML, por sus siglas en inglés)

- Una ley estatal
- Cubre a empresas con 10 empleados o más
- Los empleados son elegibles si cumplen con los requisitos de ingresos
www.mass.gov/pfmlearnings
- El empleador es responsable de recaudar y enviar las contribuciones al PFML en nombre de los empleados
- Los beneficios incluyen protección laboral y permiso familiar y médico pagado



“¿Qué tipos de permisos hay disponibles?”

Permiso Familiar		Permiso Médico
Hasta 12 semanas	Hasta 26 semanas	Hasta 20 semanas
 <p>Permiso para vincularse con un niño/a</p> <p>Permiso para vincularse con el niño/a de la persona cubierta durante los primeros 12 meses luego del nacimiento, o los primeros 12 meses luego de la colocación del niño/a en adopción o en cuidados de acogida con la persona cubierta.</p>  <p>Permiso para cuidar a un miembro de la familia con una condición grave de salud</p> <p>Permiso para cuidar a un miembro de la familia con una condición grave de salud. Las actividades pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar las necesidades de la vida cotidiana que el pariente no pueda realizar debido a su condición grave de salud • Brindar ayuda para trasladarse debido a su condición grave de salud mental • Ayudar a hacer arreglos por cambios en los cuidados 	 <p>Permiso para atender asuntos por miembros en servicio activo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permiso para atender asuntos de un miembro de la familia en servicio activo o que haya sido notificado de una orden inmediata para prestar servicio activo en las Fuerzas Armadas, o permiso para cuidar a un miembro de la familia que sea una persona cubierta en servicio que haya resultado herida durante su servicio activo. • El permiso para atender asuntos de una persona cubierta en servicio es por un total de 12 semanas y se descuenta de las 12 semanas disponibles para el permiso familiar. 	 <p>Permiso para ocuparse de una condición grave de salud</p> <p>Permiso para atender una condición de salud grave propia.</p>



¿Cuál es mi función como proveedor de cuidados de la salud?

Un proveedor de cuidados de la salud es una persona que tiene autorización del estado, la mancomunidad, el territorio o el país en que esa persona se desempeñe en el área de la medicina, cirugía, odontología, quiropraxia, podología, partería u osteopatía.

Esto incluye a: podólogos, dentistas, psicólogos clínicos, optometristas, quiroprácticos, enfermeros especializados, parteras, trabajadores sociales clínicos, auxiliares médicos y Practicantes de la Ciencia Cristiana registrados en la Primera Iglesia de Cristo, Científico, en Boston, Massachusetts.

Los proveedores de cuidados de la salud cumplen una función primordial:

- Informar a los pacientes y a sus familias sobre el derecho a los beneficios de PFML en el centro de cuidados, siempre que ellos los necesiten
- Ayudar a los pacientes y a sus familias a entender cómo sus beneficios del PFML pueden ser útiles para su recuperación y para la salud familiar
- Brindar la certificación o documentación necesaria a los pacientes y a sus familias

El proceso de solicitud

Solicitud de permiso médico


Una parte de la solicitud de un empleado es el formulario de [Certificación de su Condición Grave de Salud](#). Usted, como proveedor médico, deberá certificar lo siguiente:

- La condición grave de salud de su paciente, y cómo esa condición le afecta al paciente en su capacidad para trabajar
- La duración y frecuencia del permiso - usted solamente debe brindar una estimación
- Las necesidades que se presenten sobre cuestiones médicas del paciente, como el permiso médico previo o posterior al nacimiento de un bebé
- Condiciones relacionadas con un aborto, muerte fetal o depresión perinatal que no le permitan a su paciente trabajar

Solicitud de permiso familiar

Una parte de la solicitud de un empleado es el formulario de [Certificación de la Condición Grave de Salud del Miembro de su Familia](#). Usted completará este formulario para certificar lo siguiente:

- La condición grave de salud de su paciente, y cómo esa condición le afecta al paciente en su capacidad para cuidar de sí mismo/a
- La duración y frecuencia del permiso - usted solamente debe brindar una estimación
- Las actividades del paciente con las que podría necesitar ayuda, como conducir hacia las citas o recibir sus comidas o medicación



“¿Qué es una condición grave de salud?”

Una condición grave de salud es un problema físico o mental que evita que un paciente realice su trabajo por más de 3 días calendario completos y consecutivos, y se requiere 1 de estas tres condiciones:

- 2 o más tratamientos por parte de un proveedor de cuidados de la salud (consultas presenciales o de telesalud) dentro de los 30 días calendario de una incapacidad para desempeñar tareas
- Permanencia durante la noche en un hospital, establecimiento de cuidados paliativos o institución médica
- Al menos 1 tratamiento por parte de un proveedor de cuidados de la salud dentro de los 30 días de una incapacidad para realizar tareas, con planes para un tratamiento continuo, incluyendo prescripciones

Las condiciones graves de salud pueden incluir:

- Problemas crónicos, como asma o diabetes, que hacen que un paciente no pueda trabajar una parte del tiempo, perduran por cierto tiempo y requieren visitas al doctor más de dos veces al año
- Condiciones permanentes o de largo plazo, como el Alzheimer, derrames o un cáncer terminal, que podrían no ser curables y exigirán atención constante, aunque no necesariamente requieran un tratamiento activo. Por ejemplo, cuando una persona está en un establecimiento de cuidados paliativos
- Condiciones que requieren múltiples tratamientos, como quimioterapia, diálisis renal o terapia física luego de un accidente
- Dificultades causadas por el embarazo o la recuperación posparto y que hacen que un paciente no pueda trabajar, según un certificado de un proveedor de cuidados de la salud
- Condiciones relacionadas con un aborto, muerte fetal o depresión perinatal que no le permitan a su paciente trabajar
- El Trastorno por Consumo de Sustancias, si el paciente está recibiendo tratamiento por parte de un proveedor de cuidados de la salud, o por parte de otro proveedor de servicios sanitarios de acuerdo con una referencia de un proveedor de cuidados de la salud, o por parte de un programa autorizado por el Departamento de Salud Pública de MA.
- Complicaciones relacionadas con un diagnóstico de COVID-19, que le impidan al paciente trabajar, según un certificado de un proveedor de cuidados de la salud

Condiciones graves de salud que podrían no incluirse:

- La cirugía estética no está cubierta por un permiso familiar o médico, excepto que se requieran cuidados de internación hospitalaria o que surjan complicaciones

“¿Cuáles son las actividades en un permiso para brindar cuidados?”

Al cuidar a un miembro de la familia con una condición grave de salud, las actividades pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Facilitar las necesidades de la vida diaria que el miembro de la familia no pueda llevar a cabo debido a su condición grave de salud, como ayudarlo a vestirse o a preparar las comidas
- Brindarle transporte hacia el médico u otras instituciones por citas y tratamientos
- Ofrecerle ayuda con su condición grave de salud mental, como llevarlo a citas para recibir terapia o medicación por depresiones importantes
- Ayudarlo a hacer arreglos por cambios en su atención, como un traslado hacia un hogar de asilo

Un paciente puede tomarse un permiso para cuidar a un miembro de la familia por diversas situaciones. Por ejemplo:

- Si la madre/el padre del paciente tendrá un reemplazo de cadera y necesita ayuda para ir y volver de la terapia física, es posible tomarse un permiso reducido y trabajar menos horas al día, o menos días a la semana, para ayudar al paciente
- Si la pareja del paciente tendrá una cirugía seguida de una larga recuperación en la que no podrá asearse sin asistencia, es posible tomarse hasta 12 semanas de permiso continuo para brindarle ayuda
- Si el hijo/a de un paciente tiene que someterse a quimioterapia y tiene episodios de náuseas, debilidad y dolor, es posible tomarse un permiso intermitente para poder proporcionarle cuidados



¿Qué documentación debo completar?

Formulario de
Certificación de su
Condición Grave de
Salud

- Para pacientes que soliciten un permiso médico debido a su propia condición grave de salud

Formulario de Certificación
de la Condición Grave de
Salud del Miembro de su
Familia

- Para empleados que soliciten un permiso médico para cuidar a un miembro de la familia con una condición grave de salud
- Para empleados que soliciten un permiso médico para cuidar a un miembro de la familia que sea una persona cubierta en servicio y que tenga una condición grave de salud

Formulario de Certificación de su Condición Grave de Salud

1 Employee Applying for Paid Medical Leave **Instructions ▶ Complete this section with your own information.**
The DFML will use Section 1 to match this certification to the rest of your application for paid leave.

1 Your name: First: _____ Last: _____

2 (If different) Your name as it appears on official documents like a driver's license or W-2: First: _____ Middle: _____ Last: _____

3 Phone #: _____ - _____ - _____

4 Date of birth: [m] [m] / [d] [d] / [y] [y] [y] [y]

5 Last 4 digits of your Social Security Number or Individual Taxpayer ID Number (ITIN): _____

6 Occupation: _____

o1 Sección 1: El empleado solicita un Permiso Médico Pagado

El empleado, su paciente, la persona que solicita el permiso pagado, es responsable de completar la Sección 1.

2 Patient's Serious Health Condition **Instructions ▶ This form should be filled out by the employee's health care provider. For the employee to qualify for paid leave, the patient must have a serious health condition. Answer all questions fully and completely.**

7 Which of the following apply to the patient's serious health condition? Check all that apply; this includes mental health.

<input type="checkbox"/> Requires, or did require inpatient care.	<input type="checkbox"/> Is chronic, requires treatments at least twice a year, and may require periodic absences.
<input type="checkbox"/> Has incapacitated or will incapacitate the patient for more than three consecutive full calendar days, AND (pick one) <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> Requires two or more medical visits within 30 days.	<input type="checkbox"/> Is long-term and requires ongoing medical supervision, with or without active treatment.
<input type="checkbox"/> Requires one medical visit, plus a regimen of care.	<input type="checkbox"/> Requires multiple treatments and would lead to a period of incapacity without treatment.
<input type="checkbox"/> None of the above.	<input type="checkbox"/> If none apply, the patient is not eligible for PFML.

o2 Sección 2: Condición Grave de Salud del Paciente

Usted, como proveedor de cuidados de la salud, debería completar las Secciones 2 a 5.

En la Sección 2, confirme que su paciente tiene una condición grave de salud y qué criterios se aplican.

8 Provide appropriate medical facts about the patient's serious health condition (e.g., symptoms, prescriptions, referrals for evaluation or treatment):

9 State at least one essential job function the patient is unable to perform due to their serious health condition (e.g., specific tasks like sitting at a computer, performing manual labor, making decisions, or the ability to work at all)

10 Is this serious health condition a job-related injury?
 Yes No

11 Is the patient's serious health condition related to pregnancy or recovery from childbirth?
 Yes No If yes, how much time will the patient need?

- The patient will need approximately _____ weeks for pregnancy or prenatal care.
- The patient will need approximately _____ weeks for recovery from childbirth or postnatal care.

12 When is the expected delivery date: / /

Medical leave for pregnancy, prenatal care, or recovery from childbirth must meet the definition of a serious health condition.

Taking Medical Leave does not impact a patient's ability to take Family Leave to bond with their child, provided that the number of weeks taken for leave does not exceed the 26-week maximum in a benefit year. There is no form needed to take family leave to bond with a child- just proof of birth. [Learn more.](#)

Sección 2: Condición Grave de la Salud del Paciente (Cont.)

Detalle la condición grave de salud de su paciente, incluyendo el esquema de cuidados, funciones laborales que el paciente no pueda realizar y demás información pertinente.

Confirme si la condición es una lesión relacionada con el trabajo o con un embarazo o con la recuperación posparto. Calcule cuántas semanas serán necesarias para la recuperación por el embarazo y/o por el nacimiento.

03 Sección 3: Estimación de los Detalles del Permiso

Brinde su mejor estimación sobre qué tipo de esquema de permiso se necesitará: continuo, reducido, intermitente o una combinación de los tres.

Permiso Continuo

Permiso de tiempo completo que se toma sin interrupciones

Permiso Reducido

Esquema constante que es menor al esquema laboral habitual de un empleado

Permiso intermitente

Permiso tomado en varios episodios de tiempo sin trabajar, que pueden ser irregulares o inesperados

Paid Medical Leave | Certification of Your Serious Health Condition Page 5

Employee Your Name: _____

Health care provider

3 Estimate Leave Details

Instructions ▶ The following questions are about the frequency or duration of a condition. Check all that apply to the patient's condition but you must provide your **best estimate** of the start and end dates and the duration based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.

13 **Continuous Leave:** Due to the condition, the patient is/will be incapacitated for a continuous period of time (completely unable to work for consecutive, uninterrupted days).

Provide your **best estimate** of the beginning date _____ (mm/dd/yyyy) and end date _____ (mm/dd/yyyy) for the period of incapacity.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

14 **Reduced Leave:** Due to the condition, it is medically necessary for the patient to work a reduced but consistent schedule.

Provide your **best estimate** of the reduced schedule the patient is able to work. From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy) the patient is able to work: (e.g., 5 hours/day, up to 25 hours a week) _____.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

15 **Intermittent Leave:** Due to the condition, it is medically necessary for the patient to be absent from work on an intermittent basis (multiple episodes of time off, which may be irregular or unexpected). Provide your **best estimate** of how often (frequency) and how long (duration) the episodes of incapacity will likely last.

From roughly _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy) (over the next 6 months), episodes of incapacity are estimated to occur _____ times per (day/ week/ month) and are likely to last approximately _____ (hours/ days) per episode.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

4 Provider's Certification & Information

Instructions ▶ Sign and date to agree to this declaration. Provide the relevant licensing and contact information about your practice or business. Before returning the form, review **Pages 3-6**.



I certify that the information provided in this form is true and correct, that I have examined the patient and answered the questions accurately and to the best of my ability, and that I am a health care provider authorized to certify their condition.

See **page 2** for the definition of a health care provider.

16 **Signature:** _____ Date: / /

17 **Printed name and title:**
Name: _____
Title: _____

18 **Certificate/license to practice number:** _____ **State/Country:** _____
Note ▶ The form will **not** be accepted unless a license number is provided.

19 **Area of practice or medical specialty:** _____

20 **Name of your practice or business:** _____

21 **Address:** _____

22 **Office phone #:** - -

23 **Office fax #:** - - (optional)

04

Sección 4: Certificación e Información del Proveedor

Brinde información sobre su certificación, y sobre el campo de ejercicio o especialidad médica. El formulario no será aceptado a menos que se incluya un número de licencia.

Formulario de Certificación de la Condición Grave de Salud de un Miembro de su Familia

1 Employee Applying for Family Caring Leave

Instructions ▶ Complete **Section 1** with your own information.

1 **Your name:**
First: _____ Last: _____

2 **(If different) Your name as it appears on official documents like a driver's license or W-2:**
First: _____ Middle: _____ Last: _____

3 **Phone #:** - -

4 **Date of birth:** / /

5 **Last 4 digits of your Social Security Number or Individual Taxpayer ID Number (ITIN):**

6 **Why are you applying for leave?**
 To care for a family member with a serious health condition
 To care for a family member with a serious health condition related to military service

If you are applying for your own serious health condition, this is not the correct form. You need the **Certification of Your Serious Health Condition**.

7 **Occupation:** _____

01

Sección 1: El empleado Solicita un Permiso para Cuidar a un Miembro de la Familia

El empleado que esté solicitando el permiso pagado para cuidar a su paciente debería completar la Sección 1.

2 Family member information

Instructions ▶ Complete **Section 2** with your family member's information. DFML needs to know your relationship with the patient to certify leave eligibility.

8 **The family member who is experiencing a serious health condition is my:**
 Child
 Spouse or domestic partner
 Parent, or guardian who legally acted as my parent when I was a child
 Parent of my spouse or domestic partner
 Sibling
 Grandchild
 Grandparent

For more detailed definitions of what family members fall into each of these categories see www.mass.gov/family-caring-leave-relationships

9 **Family member's name:**
First: _____ Last: _____

02

Sección 2: Información del Miembro de la Familia

El empleado debería ingresar información sobre el miembro de la familia, su paciente, para completar la Sección 2.

10 Family member's name as it appears on official documents such as a driver's license or insurance documents (if different):

First: _____ Middle: _____ Last: _____

11 Family member's address:

Street: _____

Address line 2: _____

City: _____


State: [] [] Zip: [] [] [] [] [] [] Country: _____

Where your family member lives does not affect your eligibility. You can take paid family leave to care for a family member with a serious health condition no matter where they are.

12 Family member's date of birth:

[] [] / [] [] / [] [] [] []

13 Authorization:

 I authorize The Department of Family and Medical Leave (DFML) to use the information on this form to determine my eligibility for Paid Family and Medical Leave. I attest that I am applying for paid leave to care for a family member with a serious health condition, and I agree that DFML can share this information with my employer, and employer affiliates, for the purpose of supporting my application for leave.

I certify that I have the authorization of the above-named family member to provide the information contained within this certification to the Department for purposes of determining my eligibility for paid family leave.

Employee Signature: _____ [] [] / [] [] / [] [] [] []

o2 Sección 2: Información del Miembro de la Familia (Cont.)

El empleado debería ingresar información sobre el miembro de la familia, su paciente, para completar la Sección 2.

Employee Employee applying for leave: _____

Health care provider Health Care Provider Certification of a Serious Health Condition

3 Family Member's Serious Health Condition

Instructions ▶ This form should be filled out by the **healthcare provider of the patient**. The patient is the family member of the employee. The patient must have a serious health condition for the employee to qualify for paid leave to care for them. Answer all questions fully and completely.

14 Which of the following apply to the patient's serious health condition? Check all that apply; this includes mental health.

Requires, or did require inpatient care. Is chronic, requires treatments at least twice a year, and may require periodic absences.

Has incapacitated or will incapacitate the patient for more than three consecutive full calendar days, AND (pick one)

Requires two or more medical visits within 30 days. Is long-term and requires ongoing medical supervision, with or without active treatment.

OR

Requires one medical visit, plus a regimen of care. Requires multiple treatments and would lead to a period of incapacity without treatment.

None of the above. If none apply to the patient, the employee is not eligible for PFML.

15 Is this health condition related to the patient's military service?

Yes No

16 Describe the relevant medical facts and appropriate information related to the condition for which the patient needs care.

Medical facts may include symptoms, prescriptions, or referrals for evaluation or treatment.

17 Will the employee be required to take time off work to care for the patient?

Yes No

18 Describe the kinds of care related to the patient's condition that the employee will provide.

Examples of care may include providing medical, hygienic, nutritional or safety needs that the patient is unable to perform themselves, e.g. transportation to the doctor.

o3 Sección 3: Condición Grave de Salud de un Miembro de la Familia

Usted, como proveedor de cuidados de la salud, debería completar las Secciones 3 a 5.

En la Sección 3, confirme que su paciente tiene una condición grave de salud y qué criterios se aplican.

Estime cuándo comenzó la condición y si la misma está relacionada con el servicio militar del paciente.

Detalle cualquier tipo de información médica relevante sobre su paciente que muestre que necesitará cuidados.

04

Sección 4: Estimación de los Detalles del Permiso

4 Estimate Leave Details

Instructions ▶ The following questions are about the frequency or duration of a condition. Check all that apply to the patient's condition but you must provide your best estimate of the start and end dates and the duration based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.

- 19 **Continuous Leave:** Due to the condition, the patient is/will be incapacitated and will need care from the employee for a continuous period of time (employee is completely unable to work for consecutive, uninterrupted days).

Provide your **best estimate** of the beginning date (mm/dd/yyyy) and end date (mm/dd/yyyy) for the period of incapacity.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

- 20 **Reduced Leave:** Due to the patient's condition, it is medically necessary for the employee to work a reduced but consistent schedule.

Provide your **best estimate** of the reduced schedule the employee is able to work. From (mm/dd/yyyy) to (mm/dd/yyyy) the patient is able to work: (e.g., 5 hours/day, up to 25 hours a week).

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

- 21 **Intermittent Leave:** Due to the condition, it is medically necessary for the employee to be absent from work on an intermittent basis to care for the patient (multiple episodes of time off, which may be irregular or unexpected). Provide your **best estimate** of how often (frequency) and how long (duration) the episodes of incapacity will likely last.

From roughly (mm/dd/yyyy) to (mm/dd/yyyy), (over the next 6 months), episodes of incapacity are estimated to occur times per (day/ week/ month) and are likely to last approximately (hours/ days) per episode.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

Brinde su mejor estimación sobre qué tipo de esquema de permiso se necesitará: continuo, reducido, intermitente o una combinación de los tres.

Permiso Continuo
Permiso de tiempo completo que se toma sin interrupciones

Permiso Reducido
Esquema constante que es menor al esquema laboral habitual de un empleado

Permiso Intermitente
Permiso tomado en períodos de tiempo separados debido a una única razón admisible

05

Sección 5: Certificación e Información del Proveedor

5 Provider's Certification & Information

Instructions ▶ Sign and date to agree to this declaration. Provide the relevant licensing and contact information about your practice or business. Before returning the form to the employee, review to be sure you have signed it.



I certify that the information provided in this form is true and correct, that I have examined the patient and answered the questions accurately and to the best of my ability, and that I am a health care provider authorized to certify their condition.

See page 2 for the definition of a healthcare provider.

- 22 **Signature:** _____ Date: m m / d d / y y y y

- 23 **Printed name and title:**
Name: _____
Title: _____

- 24 **Certificate/license to practice number:** _____ **State/Country:** _____
Note ▶ The form will **not** be accepted unless a license number is provided.

- 25 **Area of practice or medical specialty:** _____

- 26 **Name of your practice or business:** _____

- 27 **Address:** _____

- 28 **Office phone #:** _____ - _____ - _____

- 29 **Office fax #:** _____ - _____ - _____ (optional)

Brinde información sobre su certificación y sobre el campo de ejercicio o especialidad médica. El formulario no será aceptado a menos que se incluya un número de licencia.



“¿Hay algo más que debería saber?”

¿Pueden mis pacientes combinar permisos médicos y de vinculación?

Una persona embarazada es elegible para tomarse un permiso médico durante o después de su embarazo, si padece una enfermedad grave y tiene una certificación de su proveedor de atención médica que indique que está incapacitada para trabajar debido a la condición grave de salud.

Si usted, como proveedor de cuidados de la salud, considera que la persona necesita tomarse un permiso médico durante o después del embarazo, además de las 12 semanas del permiso familiar para vincularse con un niño/a, usted deberá completar para su paciente un Formulario de Certificación de su Condición Grave de Salud.

Un padre/madre natural debería solicitar primero el permiso médico antes de solicitar el permiso familiar para vincularse con un niño/a. Luego puede ingresar en línea o llamar al Centro de Contacto de DFML al (833) 344-7365 para comenzar con la solicitud para un permiso familiar de vinculación.

¿Pueden mis pacientes extender sus permisos? En ese caso, ¿debo volver a completar el formulario para ellos?

Si su paciente planea extender su permiso, el paciente debe notificar al DFML dentro de los treinta (30) días de la fecha de finalización del permiso y notificar a su empleador en ese momento.

Los proveedores de cuidados de la salud podrán confirmar la extensión con el mismo formulario, si se lo presenta dentro del período de tiempo indicado. Si su paciente presenta el formulario luego de los 30 días, deberá iniciar una nueva solicitud y obtener un nuevo formulario médico completado por usted.

[Hoja informativa para Padres/Madres nuevos y futuros](#)



DFML
MA Department of
Family and Medical Leave



Teléfono

Departamento de Permiso Familiar y Médico
Centro de Contacto del PFML
833-344-PFML (7365)

En línea

mass.gov/dfml