Fort Worth ISD | Health Services Department
7060 Camp Bowie Blvd. Fort Worth, TX 76116
817.814.2990 | www.fwisd.org

Fort Worth INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE REGRESO AL TRABAJO

Empleado(a) debe Completar el Formulario

Información básica: *(por favor imprima y complete todos los campos)*

Nombre de empleado/a:

ID de empleado/a:

Correo electrónico FWISD:

Número de teléfono:

Título profesional:

Ultimo día que trabajo:

Nombre del departamento/campus: **Número:**

Nombre y número de teléfono del supervisor/a:

Regresar al Trabajo
Un empleado al que se le conceda una licencia por un motivo médico personal debe presentarse y recibir permiso del Departamento de Servicios de Salud antes de regresar al trabajo. El empleado debe tener una declaración escrita o permiso de un proveedor de atención médica que confirme las fechas específicas de la enfermedad, las restricciones, si las hay, y la fecha en que el/la empleado/a puede regresar al trabajo.

Restricciones Médicas
Los empleados que tengan restricciones médicas deben reportarse al Departamento de Servicios de Salud. El/la empleado/a debe tener una declaración escrita de un proveedor de atención médica que detalle las restricciones, limitaciones y duración de las restricciones específicas del empleado. Cuando se espera que las restricciones duren menos de seis meses, los Servicios de Salud, junto con el/la supervisor/a del empleado/a, tomarán la determinación final sobre si al empleado/a se le permitirá regresar a trabajar con restricciones. Si las restricciones se recomiendan por más de seis meses o son permanentes, el empleado será remitido a Gestión de Licencia y ADA.

Para información adicional, consulte la Política DEC de la Junta del Distrito que está disponible en:
https://pol.tasb.org/PolicyOnline/PolicyDetails?key=1101&code=DEC#regulationsTabContent

1. ¿El/la empleado/a ha estado ausente por diez (10) o más días laborables consecutivos?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

2. ¿El/la empleado/a ahora puede realizar las funciones esenciales de su trabajo que antes no podía realizar debido a la grave condición de salud por la que estaba de licencia?
   - ☐ Sí, sin restricciones
   - ☐ Sí, con restricciones efectivo hasta _____ *(indicar fecha)*

3. **Fecha para reportarse al lugar trabajo**: _____

FIRMA

FIRMA DEL EMPLEADO/A

FECHA

Envíe el formulario completado y el permiso del médico a emp.health@fwisd.org. como documento adjunto de correo electrónico.