

ANTECEDENTES

El objetivo del formulario de estado médico es facilitar la comunicación entre la persona que ha sufrido una lesión o enfermedad profesional, el empleador y el proveedor de asistencia sanitaria para planificar la permanencia y la reincorporación al trabajo. El formulario también facilita el estado funcional a la aseguradora. Es obligatorio completar el formulario de estado médico después de cada visita, según el [MCA 39-71-1036](#). La aseguradora puede solicitar información adicional que no figure en el formulario al profesional sanitario. El Departamento ofrece tres versiones del formulario de estado médico, cada una cumpliendo los requisitos legales mínimos en cuanto al contenido del formulario. Sólo debe completarse una versión tras la visita médica.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/PROVEEDOR (SECCIÓN 1, TODAS LAS VERSIONES)

Completar el nombre del paciente/empleado, la fecha de nacimiento, el número de siniestro y la fecha de la lesión. Completar el nombre del proveedor, la ubicación de la clínica y el número de teléfono. Completar los campos en los que se solicita la parte del cuerpo lesionada a la que se aplican las restricciones y el nombre del empleador actual.

CAPACIDAD LABORAL (SECCIÓN 2, TODAS LAS VERSIONES)

Esta sección permite al proveedor opinar sobre la capacidad laboral actual de la persona y la duración prevista la evaluación. El campo "Desde" indica la fecha de la visita médica en la que se evalúa la capacidad. El campo "Hasta" es la fecha estimada o conocida de la visita de seguimiento en la que se volverá a evaluar la capacidad laboral. La capacidad laboral actual se clasifica de varias maneras, como se indica a continuación.

- "Liberado para trabajo sin restricciones" - en este caso, no existen restricciones laborales y el usuario completa los campos de fecha y pasa a la sección 4 del formulario.
- "Liberado para trabajo modificado" - en este caso, el usuario completa los campos de fecha y pasa a la sección 3 para detallar las capacidades laborales modificadas de la persona.
- "El empleado puede trabajar un número limitado de horas" - en este caso, el usuario marca el número de horas que la persona puede trabajar por día. Si no hay modificaciones en las actividades laborales, el usuario pasa a la Sección 4. Si la persona trabajará un número reducido de horas y necesita modificar sus capacidades laborales, el usuario debe rellenar los dos campos correspondientes de esta sección y pasar a la Sección 3.
- "No autorizado para trabajar" - en este caso, el proveedor opina que no es posible trabajar, ni siquiera con actividades modificadas. El usuario pasa a la sección 4.

CAPACIDADES LABORALES MODIFICADAS (SECCIÓN 3, TODAS LAS VERSIONES)

Todos los formularios incluyen una opción para que el proveedor solicite una copia de la descripción del puesto de trabajo de la persona. Si el proveedor marca "sí", el empleador o la aseguradora deben facilitar una copia de la descripción del puesto de trabajo para que el proveedor disponga de información suficiente para redactar restricciones laborales significativas. Las instrucciones para esta sección del formulario dependen de la versión del formulario DLI que elija el proveedor. Si un campo está en blanco, significa que no hay ninguna restricción.

- VERSIÓN 1: El proveedor completa las capacidades laborales modificadas con respecto a las actividades y la frecuencia. Para cada actividad, marque la casilla que corresponda con la frecuencia adecuada (por ejemplo, continua, frecuente, ocasional, rara vez o nunca). Algunas actividades incluyen consideraciones relativas al manejo y el peso. Hay una casilla de texto libre para otros elementos.
- VERSIÓN 2: El proveedor completa las capacidades de trabajo modificadas con respecto al número de horas de cada actividad que se puede realizar diariamente; en el caso que el individuo pueda realizar ciertas actividades con seguridad; y la capacidad de peso segura. Hay casillas de texto libre para otros elementos.
- VERSIÓN 3: El proveedor redacta las restricciones laborales detalladas que permitirán al empresario acomodar al trabajador lesionado en el lugar de trabajo. Las restricciones deben abordar todos los elementos siguientes en formato de texto libre y/o completando la tabla.
 - **actividades específicas** (por ejemplo, sentarse, estar de pie, caminar, gatear, arrodillarse, ponerse en cuclillas, trepar, pellizcar/agarrar, alcanzar, conducir, manejar equipos pesados), **Y**
 - **frecuencia** (veces por hora) de las actividades **Y**
 - **duración** (horas al día) **Y**
 - **lateralidad** (izquierda o derecha), **Y**
 - **fuerza** (levantar, transportar, empujar, tirar).

ACTUALIZACIONES DE ESTADO (SECCIÓN 4, TODAS LAS VERSIONES)**ESTADO DEL TRABAJO**

Todas las versiones del formulario permiten al prestador indicar cuándo anticipa una prueba de trabajo completo. El prestador puede marcar "no aplicable" si el trabajador lesionado ya se ha reincorporado al trabajo a tiempo completo.

ESTADO DE MEJORÍA MÉDICA MÁXIMA (MMI) Y VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD

Todas las versiones del formulario permiten al prestador indicar si el trabajador ha alcanzado la mejoría médica máxima (MMI). Si el trabajador lesionado no ha alcanzado la MMI, el proveedor puede indicar cuándo prevé que alcanzará la MMI. Hay dos casillas de verificación para los proveedores que deseen solicitar una evaluación médica independiente (IME) o una calificación de deterioro (IR).

SEGUIMIENTO

Todas las versiones del formulario tienen un campo para que el proveedor indique cuándo volverá a la clínica el lesionado laboral. Puede tratarse de una fecha concreta o expresarse como duración del seguimiento.

MÉDICO TRATANTE O PERSONA DESIGNADA

Todas las versiones del formulario incluyen un campo para que el médico tratante (según se define en MCA 39-71-116) o la persona designada firme el formulario, según lo permitido por ley en MCA 39-71-1036.