



# Seguro de incapacidad a corto plazo Solicitud de incapacidad del empleado

Envíe este formulario completado a:

Aetna Voluntary Plans  
PO Box 14079  
Lexington, KY 40512-4079

Fax: 1-859-455-8650  
Phone: 1-888-772-9682

Internal Use	
Category Code	LSTD
Office Key Code	039

- Llene este formulario cuando su ausencia por incapacidad exceda el período de espera de su plan.
- Pida a su médico que complete la Declaración del Médico Tratante en el anverso.

## 1. Información de empleador

Nombre	Número de Control
Dirección (incluye código postal)	

## 2. Información de empleado

Número de Seguro Social	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección (incluye código postal)	Número de teléfono durante el día (      )	¿Ha sido discontinuado su empleo y/o está actualmente separado de su empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ingreso básico Semanal \$ _____ Mensual \$ _____	Descripción de deberes laborales:	¿Está actualmente empleado en otro lugar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

## 3. Información de reclamo

¿La ausencia está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿El reclamo está relacionado con un accidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Si sí, fecha _____ hora _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Naturaleza de la enfermedad o lesión por la que se hace el reclamo. Si se trata de una lesión, describa cómo, cuándo y dónde. Fecha de retorno esperado al trabajo _____	

## 4. Exoneración

Para todos los médicos, proveedores, profesionales médicos, hospitales, consejeros de rehabilitación vocacional y aseguradoras de compensación para trabajadores ("Proveedor"):

Se le autoriza proporcionar a Aetna Life Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas ("Aetna"), y a cualquier administrador independiente de reclamos y profesionales médicos consultores, así como organizaciones de revisión de uso con los que Aetna tenga un contrato, información relativa al consejo, tratamiento o suministros médicos provistos al paciente. Esta información será usada para evaluar, analizar, gestionar y/o administrar los reclamos de beneficios. Aetna puede proporcionar al empleador nombrado arriba cualquier cálculo de beneficios usado para el pago de este reclamo con el fin de revisar la experiencia y operación de la póliza o contrato. Esta autorización es válida por el plazo de la póliza o contrato bajo el cual se ha presentado un reclamo. Sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a solicitud y estoy de acuerdo con que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que Aetna y las entidades mencionadas arriba pueden divulgar esta información si la ley lo exige. Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento excepto en la medida que el Proveedor ya haya actuado en base a la autorización original.

Firma de la persona autorizada	Fecha (MM/DD/AAAA)
--------------------------------	--------------------

Nombre	Número de Seguro Social
--------	-------------------------

**5. Información falsa**

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Atención, residentes de Alabama:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California:** Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas o la denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Misuri:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, como lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defrauda o engaña a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambas alternativas. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Firma de empleado	Fecha (MM/DD/AAAA)
-------------------	--------------------

Nombre	Número de Seguro Social
--------	-------------------------

**Nota: Aetna puede solicitar información adicional si es necesario.**

## Declaración del médico

El paciente es responsable de cualquier gasto incurrido al completar este formulario.

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)
Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidente) o embarazo	Fecha de primera consulta y tratamiento por esta condición	Si el paciente ha tenido enfermedades o lesiones similares, indique las fechas
Fecha de incapacidad total Desde <u>  /  /  </u> Hasta <u>  /  /  </u> MM DD AAAA MM DD AAAA	Fecha de incapacidad parcial Desde <u>  /  /  </u> Hasta <u>  /  /  </u> MM DD AAAA MM DD AAAA	Fecha en que el paciente podrá regresar al trabajo (si se desconoce, dé un aproximado) (MM/DD/AAAA)
Fecha de la próxima visita <u>  /  /  </u> MM DD AAAA	Para los servicios relacionados con la hospitalización, indique fechas de hospitalización Admisión <u>  /  /  </u> Alta <u>  /  /  </u> MM DD AAAA MM DD AAAA	
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión (favor indicar primario y secundario)		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. Si la incapacidad se debe a embarazo, la fecha de parto es <u>  /  /  </u> MM DD AAAA		
Indique los medicamentos actuales y dosis		

### Procedimientos y/o servicios médicos relacionados con esta incapacidad

Fechas de servicio MM DD AAAA	Descripción de los servicios	Tipo de servicio †	Código de diagnóstico ††
/ /			
/ /			
/ /			

### Limitaciones

(a) ¿Cuáles son las capacidades actuales del paciente? _____
(b) ¿Cuáles son las limitaciones actuales (físicas y/o mentales)? _____
(c) ¿Qué restricciones tiene el paciente? _____
(d) Nombre del médico que emitió la referencia médica _____ Fecha de la próxima visita <u>  /  /  </u> MM DD AAAA

### Impedimento físico: según la definición del Diccionario Federal de Título Ocupacionales

<input type="checkbox"/> Clase 1: No hay limitación de capacidad funcional; capaz de hacer trabajo pesado.* No tiene restricciones. (0 – 10%)
<input type="checkbox"/> Clase 2: Actividad manual mediana.* (13 – 30 %)
<input type="checkbox"/> Clase 3: Ligera limitación de capacidad funcional; capaz de hacer trabajo ligero.* (35 – 50%)
<input type="checkbox"/> Clase 4: Limitación moderada de capacidad funcional; capaz de hacer actividades secretariales/administrativas (sedentarias*.) (60 – 70%)
<input type="checkbox"/> Clase 5: Limitación extrema de capacidad funcional: incapaz de hacer actividades mínimas (sedentarias*). (75- 100%)
<input type="checkbox"/> Comentarios: _____

### Impedimento mental/nervioso (si corresponde)

¿Qué estrés y problemas con las relaciones interpersonales ha tenido el reclamante en el trabajo?
<input type="checkbox"/> Clase 1: El paciente puede desempeñarse bajo estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (no hay limitación).
<input type="checkbox"/> Clase 2: El paciente puede desempeñarse en la mayoría de situaciones de estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (limitación ligera).
<input type="checkbox"/> Clase 3: El paciente puede desempeñarse en situaciones de estrés e involucrarse en relaciones interpersonales limitadas solamente (limitación moderada).
<input type="checkbox"/> Clase 4: El paciente es incapaz de desempeñarse en situaciones de estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (limitación grave).
<input type="checkbox"/> Clase 5: El paciente ha perdido significativamente su capacidad de adaptación psicológica, fisiológica, personal y social (limitación extrema).
<input type="checkbox"/> Comentarios: _____

Firma del médico	Fecha (MM/DD/AAAA)
Nombre y dirección del médico (incluir código postal)	Número de teléfono (        )
	Número de fax (        )

## Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human

Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

## Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

---

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

---

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

---

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打 1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

---

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

---

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

---

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

---

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

---

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

---

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

---

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。 (Japanese)

---

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

---

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

---

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

---

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

---

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

---

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

---