

Solicitud de exención/adaptaciones médicas relacionadas con la vacuna COVID-19

La COMPAÑÍA ("Compañía") se compromete a brindar igualdad de oportunidades laborales sin tener en cuenta ningún estado protegido y un ambiente de trabajo libre de acoso ilegal, discriminación y represalias. La Compañía está comprometida a cumplir con todas las leyes que protegen a las personas con discapacidades o condiciones médicas. Cuando se solicite, la Compañía proporcionará una exención/adaptación razonable para cualquier condición médica conocida o discapacidad de una persona calificada que impida que el empleado reciba la vacuna COVID-19, siempre que la adaptación solicitada sea sensata. No crea una dificultad indebida para la Compañía y amenaza directamente la salud o seguridad de otras personas en el lugar de trabajo y de los empleados solicitantes.

Para solicitar una exención/adaptación relacionada con la política de vacunación contra el COVID-19 de la empresa, complete la Parte 1 de este formulario, pídale a su proveedor de atención médica que complete la Parte 2 (la parte de certificación) y devuélvalo a Recursos Humanos. Esta información será utilizada por Recursos Humanos u otro personal apropiado para participar en un proceso interactivo para determinar si un empleado es elegible para dicha exención/adaptación y, de ser así, para determinar las adaptaciones razonables que se pueden proporcionar y que permitirían al empleado Realizar las funciones esenciales de su cargo sin representar una amenaza de daño a sí mismo o a otros. Supongamos que un empleado se niega a proporcionar dicha información. En ese caso, la negativa del empleado puede afectar la capacidad de la Compañía para comprender adecuadamente la solicitud del empleado o participar de manera efectiva en el proceso interactivo para identificar posibles adaptaciones.

Se considerarán exenciones/adaptaciones médicas para la vacuna COVID-19 si el empleado proporciona una certificación escrita de un proveedor médico tratante autorizado [un médico (MD o DO), una enfermera practicante (NP) o un asistente médico (PA)], de uno de los siguientes:

1. La contraindicación de la CDC aplicable para la vacuna COVID-19, o
2. La contraindicación aplicable que se encuentra en el prospecto del fabricante de la vacuna COVID-19 o
3. Una declaración de que la condición física de la persona o las circunstancias médicas relacionadas con ella son tales que la inmunización no se considera segura indica la naturaleza específica y la duración probable de la condición médica o las circunstancias que contraindican la inmunización con la vacuna COVID-19.

Parte 1 - Para ser completado por el (la) empleado (a):

Nombre: _____

Fecha de solicitud: _____

Verificación y precisión

Verifico que la información que presento en apoyo de mi solicitud de adaptación es completa y precisa a mi leal saber y entender, y entiendo que cualquier tergiversación intencional contenida en esta solicitud puede resultar en una acción disciplinaria.

También entiendo que mi solicitud de adaptación puede no ser concedida si no es razonable, si representa una amenaza directa a la salud y/o seguridad de otros en el lugar de trabajo y/o a mí, o si crea una dificultad indebida. sobre la Compañía.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Parte 2 – Para ser completada por el proveedor médico del empleado(a):

Nombre de la empresa:

Nombre del empleado(a):

Atención Proveedor Médico:

La COMPAÑÍA requiere la vacuna COVID-19 como condición de empleo. El empleado mencionado anteriormente solicita una exención de este requisito de vacunación. Es posible que se permita una exención médica de la vacuna COVID-19 para determinadas contraindicaciones reconocidas.

Por favor complete el formulario a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con _____ en _____. Gracias.

La persona mencionada anteriormente no debe vacunarse contra COVID-19 por los siguientes motivos (marque todos los que correspondan):

- ☐ Historial de reacción alérgica previa que indique una reacción de hipersensibilidad inmediata a un componente de la vacuna.
- ☐ La condición física de la persona o las circunstancias médicas relacionadas con ella son tales que la vacunación no se considera segura. Indique la naturaleza específica y la duración probable de la condición médica o circunstancias que contraindican la inmunización con la vacuna COVID-19.
- ☐ Otra razón – proporcione esta información en una descripción separada que describe la extensión en detalle.

Certifico que _____ tiene la contraindicación anterior y solicito una exención médica de la vacuna COVID-19.

Firma del proveedor médico:

Fecha:

Nombre completo:

Dirección:

Número de teléfono

Parte 3 – A ser completada por el Representante de Recursos Humanos

Fecha de recepción de este formulario de solicitud en Recursos Humanos:

Fecha(s) de discusión interactiva, si corresponde:

¿Exención/adaptación concedida? _____ Sí _____ No

Describa la exención/adaptaciones:

Si se concede la exención/adaptación, enumere las precauciones de seguridad alternativas requeridas:

Si no se concede la exención/adaptación, explique por qué:

Nombre del Representante: _____

Firma del Representante: _____

Fecha: _____