

28 de septiembre de 2004

CIRCULAR NUM. 7, AÑO 2004-05

**DECANOS, DECANOS AUXILIARES, DIRECTORES DE UNIDADES
ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL RECINTO DE RÍO PIEDRAS**



Saul J. Pratts, Ph D
Decano Interino



Oficina del Decano
de Administración

**PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPO PARA
ATENDER SITUACIONES DE SALUD DE LOS EMPLEADOS**

La legislación laboral vigente contenida en la "American with Disabilities Act" y Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo, entre otras, le impone a la institución como patrono la responsabilidad de atender las situaciones de salud de sus empleados. En muchas ocasiones se adviene en conocimiento de éstas a través de un certificado médico presentado por el empleado o de una comunicación emitida por Especialistas en Rehabilitación de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, documentos en los cuales se establecen recomendaciones para atenderlas.

Hemos identificado que muchas unidades atienden estas recomendaciones directamente. Es decir, sin mediar evaluación por parte de los facultativos del Programa de Medicina Ocupacional para determinar su pertinencia, si responden realmente a la necesidad del empleado, o si puede atenderse ésta considerando otras alternativas.

Con el propósito de uniformar estos procesos, efectivo a la fecha de esta comunicación, toda recomendación para la adquisición de equipo por recomendación médica (irrespectivo de su procedencia: médico privado o Fondo del Seguro del Estado), debe ser referida al Programa de Medicina Ocupacional para la evaluación correspondiente. Para ello, debe cumplimentarse la Hoja de Referido a dicho Programa (copia adjunta), acompañada de la evidencia médica provista por el empleado y remitirse a cualquiera de las oficinas autorizadas para este trámite: Protección Ambiental y Seguridad Ocupacional o Recursos Humanos.

Agradecemos su colaboración y fiel cumplimiento a esta directriz.

nmp

Anejo

PO Box 23301
San Juan PR
00931-3301

787-764-6300
Ext. 3030 / 3034

Fax 787-764-2890
Ext. 1357

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
OFICINA DE PROTECCIÓN AMBIENTAL
Y SEGURIDAD OCUPACIONAL
Y OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

**HOJA DE REFERIDO AL PROGRAMA DE
MEDICINA OCUPACIONAL**

Nombre del Empleado: _____

Puesto que Ocupa: _____

Unidad de Trabajo: _____

Teléfono: _____

Observaciones: _____

Nombre del Supervisor: _____
(en letra de molde)

Firma del Supervisor: _____

Fecha: _____