



Envíe los formularios completados a
COVID@thtbc.com.
¿Preguntas? Llame al: (571) 402-
2802

Solicitud de exención/adaptación médica relacionada con la vacuna contra el COVID-19

La Compañía se compromete a brindar igualdad de oportunidades de empleo sin tener en cuenta ninguna condición protegida y un entorno de trabajo libre de acoso, discriminación y represalias ilegales. Como tal, la Compañía se compromete a cumplir con todas las leyes que protegen a las personas con discapacidades o afecciones médicas. Cuando se solicite, la Compañía proporcionará una exención/adaptación razonable para las afecciones médicas o discapacidad conocidas de una persona calificada que prohíban que el empleado reciba una vacuna contra la COVID-19, siempre que la adaptación solicitada sea razonable y no cree una dificultad indebida para la Compañía ni represente una amenaza directa para la salud y/o la seguridad de los demás en el lugar de trabajo y/o para el empleado solicitante.

Para solicitar una exención/adaptación relacionada con la política de vacunación contra el COVID-19 de la Compañía, complete la Parte 1 de este formulario, pídale a su proveedor de atención médica que complete la Parte 2 (la parte de certificación) y envíelas a Recursos Humanos. Recursos Humanos u otro personal apropiado utilizará esta información para participar en un proceso interactivo a fin de determinar si un empleado es elegible para dicha exención/adaptación y, de ser así, para determinar las adaptaciones razonables que se pueden proporcionar, que permitirían al empleado realizar las funciones esenciales de su puesto sin presentar una amenaza de daño a sí mismo o a los demás. Si un empleado se niega a proporcionar dicha información, la negativa del empleado puede afectar la capacidad de la Compañía de comprender adecuadamente la solicitud del empleado o de llevar a cabo efectivamente el proceso interactivo para identificar las posibles adaptaciones.

Las exenciones/adaptaciones médicas para la vacuna contra el COVID-19 se considerarán si el empleado proporciona una certificación por escrito de un médico tratante con licencia [un médico (MD o DO), enfermero practicante (NP) o asistente médico (PA)], de uno de los siguientes:

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



Envíe los formularios completados a

COVID@thtbc.com.

¿Preguntas? Llame al: (571) 402-2802

Parte 1: A ser completada por el empleado:

Nombre: _____

Fecha de la solicitud: _____

Describa la modificación relacionada con el trabajo solicitada:

Verificación y precisión

Confirmando que la información que estoy presentando para respaldar mi solicitud de adaptación es completa y precisa a mi leal saber y entender, y comprendo que cualquier tergiversación intencional contenida en esta solicitud puede dar lugar a medidas disciplinarias.

También comprendo que es posible que mi solicitud de adaptación no se conceda si no es razonable, si representa una amenaza directa para la salud y/o seguridad de otras personas en el lugar de trabajo y/o para mí, o si crea una dificultad indebida para la Compañía.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____



Envíe los formularios completados a
COVID@thtbc.com.
¿Preguntas? Llame al: (571) 402-2802

Parte 2: A completar por el proveedor médico del empleado:

Nombre de la compañía:

Nombre del empleado:

Atención, proveedor médico:

La Compañía exige una vacunación contra el COVID-19 como condición de empleo. El empleado mencionado anteriormente solicita una exención de este requisito de vacunación. Puede permitirse una exención médica de la vacuna contra el COVID-19 para ciertas contraindicaciones reconocidas.

Complete el formulario a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con _____ al _____. Gracias.

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

- Antecedentes de reacción alérgica previa para indicar una reacción de hipersensibilidad inmediata a un componente de la vacuna.
- La condición física de la persona o las circunstancias médicas relacionadas con la persona son tales que la inmunización no se considera segura. Indique la naturaleza específica y la duración probable de la afección médica o las circunstancias que contraindican la inmunización con la vacuna contra la COVID-19.
- Otro: Proporcione esta información en un texto separado que describa la exención en detalle.

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

Firma del proveedor médico: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____



Envíe los formularios completados a COVID@thtbc.com.
¿Preguntas? Llame al: (571) 402-2802

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 la conversación interactiva, si corresponde:

¿Se otorga la exención/adaptación? _____ Sí _____ No

Describa la exención/adaptación:

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

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

Nombre del representante: _____

Firma del representante: _____

Fecha: _____