Guía de usuario de LaborFirst para proveedores de atención médica

Guía de usuario de LaborFirst para proveedores de atención médica

Índice

Guía del usuario: Proceso de certificación de proveedores de atención médica

Las reclamaciones de **licencias por razones médicas** o **cuidado de familiares** requieren certificación por parte de un proveedor de atención médica. El proceso comprende lo siguiente:
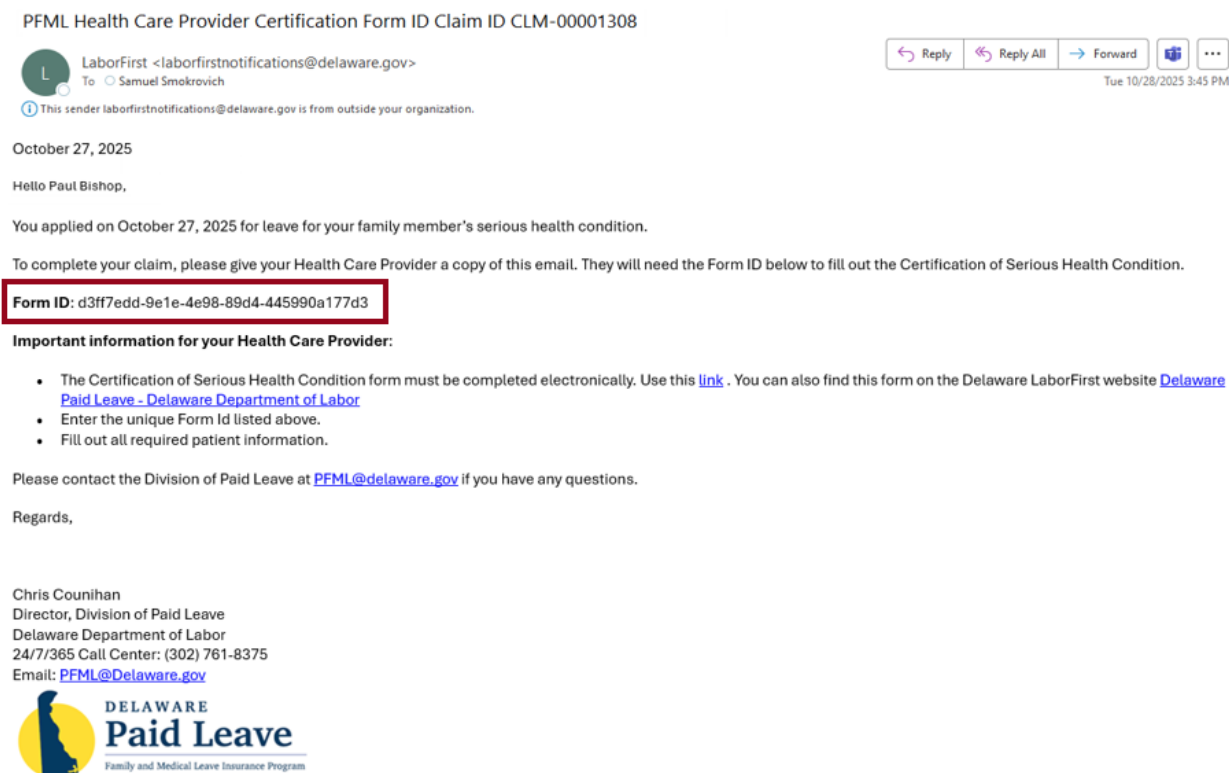
1. El solicitante presenta una reclamación de licencia por razones médicas y familiares con goce de sueldo (PFML) a través de **LaborFirst**.
2. El solicitante le proporciona al proveedor de atención médica el código de identificación del formulario de certificación médica (**Form ID**).
3. El proveedor de atención médica completa la certificación en **LaborFirst**.

Recepción de correo electrónico con el Form ID

Después de presentar la reclamación, el solicitante recibe un correo electrónico con el código del formulario (**Form ID**). El correo electrónico incluye lo siguiente:

- o El **Form ID**
- o Instrucciones para completar la certificación de un problema de salud grave
- o Enlaces y recursos útiles

El proveedor de atención médica debe usar este código de identificación para acceder al formulario de certificación.

PFML Health Care Provider Certification Form ID Claim ID CLM-00001308

LaborFirst <laborfirstnotifications@delaware.gov>
To ○ Samuel Smokrovich

↩ Reply   ↩ Reply All   → Forward   📑   ⋯
Tue 10/28/2025 3:45 PM

ⓘ This sender laborfirstnotifications@delaware.gov is from outside your organization.

October 27, 2025

Hello Paul Bishop,

You applied on October 27, 2025 for leave for your family member's serious health condition.

To complete your claim, please give your Health Care Provider a copy of this email. They will need the Form ID below to fill out the Certification of Serious Health Condition.

Form ID: d3ff7edd-9e1e-4e98-89d4-445990a177d3

Important information for your Health Care Provider:

- The Certification of Serious Health Condition form must be completed electronically. Use this link . You can also find this form on the Delaware LaborFirst website Delaware Paid Leave - Delaware Department of Labor
- Enter the unique Form Id listed above.
- Fill out all required patient information.

Please contact the Division of Paid Leave at PFML@delaware.gov if you have any questions.

Regards,

Chris Counihan
Director, Division of Paid Leave
Delaware Department of Labor
24/7/365 Call Center: (302) 761-8375
Email: PFML@Delaware.gov

DELAWARE
Paid Leave
Family and Medical Leave Insurance Program

Correo electrónico

Ingreso del Form ID

Haga clic en el enlace público suministrado. Copie el código de identificación del formulario (**Form ID**) que se especifica en el mensaje de correo electrónico y péguelo en el campo designado. Seleccione **Next** (Siguiente) para continuar.

Pantalla de ingreso del Form ID

Revisión de información importante

La pantalla **Important Information** (Información importante) brinda datos necesarios para la certificación. Lea detenidamente la información importante.

Después de revisarla, seleccione **Next** (Siguiente).

Pantalla Important Information (Información importante)

Ingreso de información del proveedor de atención médica

Complete los campos de la sección **Personal Information** (Información personal):

Ingrese su nombre (**First Name**), apellido (**Last Name**) y datos de contacto, el tipo de consultorio/especialidad médica (**Type of Practice/Medical Specialty**), el número de identificación nacional de proveedor (**NPI Number**), dirección comercial (**Business Address**), ciudad (**City**), estado (**State**) y código postal (**Zip code**), y seleccione **Next** (Siguiente).

(Nota: Todos los campos con un asterisco rojo son obligatorios).

Pantalla Health Care Provider Information (Información del proveedor de atención médica)

Revisión de información del paciente

La información del paciente (empleado o familiar) se completará automáticamente con los datos que figuran en el resumen de la reclamación (**Claim Summary**) y se mostrará en formato de solo lectura.

Seleccione el hipervínculo para consultar el resumen de la reclamación del solicitante. Después de revisar el resumen, marque la casilla de verificación que aparece más abajo para confirmar que revisó el resumen de la reclamación, y seleccione **Next** (Siguiente) para continuar.

Pantalla Patient Information (Información del paciente)

Certificación del proveedor de atención médica

Primero, responda **Yes** (Sí) o **No** a la pregunta "Is this serious health condition related to a workers' compensation claim?" (¿Este problema de salud grave se relaciona con una reclamación de compensación de trabajadores?).

A continuación, ingrese los detalles del problema de salud del solicitante: la fecha de inicio y la duración prevista. Seleccione los problemas de salud que se ajusten a la lesión o enfermedad del solicitante. Si selecciona **None of the Above** (Ninguna de las anteriores), se determinará que la reclamación no cumple con los requisitos. Seleccione **Next** (Siguiente).

Pantalla Health Care Provider Certification (Certificación del proveedor de atención médica)

Ingreso de duración de licencia

Indique si la licencia es necesaria desde el punto de vista médico (**Yes/No**). Si la respuesta es **Yes** (Sí), haga clic en "**+ Add New**" (+ Agregar nuevo) en la sección "Leave Schedules" (Cronogramas de licencias) para ingresar los detalles de la licencia requerida.

Pantalla Amount of Leave Needed (Duración necesaria de la licencia)

Seleccione el tipo de licencia: Continuous (Continua), Reduced Hours Per Day (Horario reducido), Reduced Days Per Week (Semana reducida) o Intermittent (Intermitente). Ingrese las fechas de inicio y finalización, y seleccione **Save** (Guardar).

Pantalla de detalles del cronograma de licencia

Una vez guardada la licencia, aparecerá en la sección "Leave Schedules" (Cronogramas de licencias). Seleccione **Next** (Siguiente) para continuar.

Pantalla con cronograma de una licencia seleccionada

Resumen

Revise y verifique toda la información ingresada. Marque la casilla de verificación, agregue su firma y la fecha, y seleccione **Next** (Siguiente).

Pantalla Summary (Resumen)

Confirmación

Aparecerá una pantalla con un código de confirmación (Confirmation Number). Guarde este número para sus registros. Seleccione **Finish** (Finalizar) para cerrar el proceso.

Pantalla Confirmation (Confirmación) con el código de confirmación