



**Division of Workers'
Compensation**

PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Solicitud para obtener un examen por parte de un médico designado

Parte 1. Información sobre el empleado lesionado

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social
3. Dirección del empleado (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	4. Condado del empleado
5. Número principal de teléfono del empleado	6. Número alternativo de teléfono del empleado
7. Fecha de nacimiento del empleado (mm/dd/aaaa)	8. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)
9. Nombre del representante (nombre, segundo nombre, apellido)	10. Número de teléfono del representante
11. Dirección de correo electrónico del representante	12. Número de fax del representante
13. Nombre del empleador	14. Número de teléfono del empleador
15. Dirección del empleador (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	

Parte 2. Información sobre la aseguradora

16. Nombre de la aseguradora	
17. Dirección de la aseguradora (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
18. Nombre del ajustador (nombre, segundo nombre, apellido)	19. dirección de correo electrónico del ajustador
20. Número de teléfono del ajustador	21. Número de fax del ajustador
22. ¿Incluye la reclamación beneficios médicos, los cuales fueron proporcionados a través de una red certificada de servicios médicos de compensación para trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre de la red.	
23. ¿Incluye la reclamación beneficios médicos, los cuales fueron proporcionados a través de una subdivisión política según lo dispuesto en la Sección 504.053(b)(2) del Código Laboral de Texas, mediante contratos directos con los proveedores de servicios médicos o contratos a través de un fondo de beneficios de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre del plan de cuidados de salud.	
Nombre del empleado:	
No. de reclamación de DWC:	
Para uso exclusivo de DWC	

Parte 3. Información sobre el médico de tratamiento

24. Nombre del médico de tratamiento	25. Número de teléfono
26. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	27. Número de fax
28. Número de licencia	29. Tipo de licencia

Parte 4. Información sobre la selección del médico designado

30. Marque todas las áreas del cuerpo y diagnósticos que apliquen.	Ejemplos (no es una lista completa)
<input type="checkbox"/> Columna y estructuras musculoesqueléticas del torso <i>*Consulte la parte de abajo para lesiones de la médula espinal, hernia</i>	cervical, torácico, o regiones lumbares; hernia de disco; caja torácica, pared torácica, pared abdominal, distensiones, o torceduras
<input type="checkbox"/> Extremidades superiores <i>*Consulte la parte de abajo para una fractura con lesión vascular o una fractura de costilla.</i>	hombros, antebrazo, brazo, codo, muñeca, mano, región de los dedos, desgarro del manguito rotador, distensiones o torceduras
<input type="checkbox"/> Extremidades inferiores (excluyendo los pies) <i>*Consulte la parte de abajo para una fractura con lesión vascular o una fractura de la pelvis.</i>	glúteos, muslos, piernas, regiones de la rodilla, desgarro de ligamento cruzado anterior (LCA), desgarro de menisco, distensiones o torceduras
<input type="checkbox"/> Pies	dedos del pie, talones
<input type="checkbox"/> Dientes y mandíbula	articulación temporomandibular (ATM)
<input type="checkbox"/> Ojos	párpado, cuerpo extraño, abrasión de la córnea
<input type="checkbox"/> Otras áreas o sistemas del cuerpo	oído, nariz, y garganta; cabeza y cara; piel; cortaduras a la piel que involucran estructuras profundas; estructuras no musculoesqueléticas del torso; hernia; respiratorio; endocrino; hematopoyético; urológico
<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática	concusión; síndrome post conmoción cerebral (PCS, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> Lesión de la columna vertebral	fractura espinal con déficit neurológico documentado; más de una fractura espinal, síndrome de cauda equina
<input type="checkbox"/> Quemaduras severas (incluyendo quemaduras químicas)	Quemaduras de 2º, 3º, o 4º grado; quemaduras profundas de espesor parcial o total
<input type="checkbox"/> Dislocación de articulaciones, fracturas con lesión vascular, fracturas de la pelvis, o fracturas múltiples de costillas	no aplica
<input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (complicadas)	infecciones que requieren de hospitalización o tratamiento prolongado con antibióticos intravenosos, incluyendo patógenos de transmisión sanguínea
<input type="checkbox"/> Síndrome de dolor regional complejo	no aplica
<input type="checkbox"/> Exposición a sustancias químicas	no aplica
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón o cardiovascular	no aplica
<input type="checkbox"/> Trastornos mentales y de comportamiento	Trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)

Nombre del empleado:

No. de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

Parte 5. Propósito del examen

31. Solicitante: Marque las casillas de la A a la G enseguida de los asuntos que usted desea que el médico designado identifique y proporcione la información que se ha solicitado.

<input type="checkbox"/>	<p>A. Mejoramiento máximo médico (MMI) - ¿Ha alcanzado el empleado lesionado el MMI? De ser así, ¿en qué fecha? Fecha de MMI Obligatorio (si es que la hay) _____ (mm/dd/aaaa)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>B. Porcentaje de impedimento de cuerpo entero (IR) - ¿Cuál es el porcentaje de impedimento permanente del empleado lesionado? Fecha de MMI* _____ (requerido solamente si la Casilla A no ha sido marcada) (mm/dd/aaaa)</p> <p><i>*La fecha de MMI que se determinó ser válida por una decisión final de DWC, por un tribunal, o por un acuerdo de los participantes.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>C. Grado de extensión de la lesión - Enumere todas las lesiones (diagnósticos, partes del cuerpo o condiciones) en cuestión, que se dice fueron causadas por o como resultado natural del accidente o incidente, y describa el accidente o incidente que causó la lesión reclamada. El médico designado responderá si hubo un factor sustancial para provocar las lesiones o condiciones adicionales reclamadas, y si no lo hubo, determinar si las lesiones o condiciones adicionales no hubieran ocurrido.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>D. Discapacidad – resultado directo - El médico designado responderá si la incapacidad para poder obtener y retener salarios iguales al salario que recibía antes de la lesión se debe a la lesión compensable. Proporcione el periodo de discapacidad reclamado. Si existen periodos múltiples, enumere todas las fechas.</p> <p style="text-align: center;">De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>E. Regreso al trabajo - ¿Puede el empleado lesionado regresar al trabajo en cualquier capacidad y qué tipo de trabajo puede desempeñar el empleado lesionado? Proporcione el periodo que se va a evaluar. Si existen periodos múltiples, enumere todas las fechas.</p> <p style="text-align: center;">De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>F. Regreso al trabajo (beneficios de ingresos suplementarios) - ¿Ha mejorado lo suficiente la condición médica del empleado lesionado como para permitirle regresar al trabajo en cualquier capacidad durante los periodos de calificación identificados? Proporcione el periodo que se va a evaluar. Si existen periodos múltiples, enumere todas las fechas.</p> <p style="text-align: center;">De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>G. Otros asuntos similares – Identifique los asuntos para que el médico designado los pueda tratar.</p>

Sí **32. ¿Ha habido un Formulario DWC-024S, Acuerdo para Disputa de Beneficios aprobado, una decisión final de DWC, o una orden final por parte de un tribunal para determinar la lesión compensable?**
 No

Nombre del empleado:

No. de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

Parte 6. Información sobre el solicitante

33. Marque la casilla apropiada:

Empleado lesionado Representante del empleado lesionado Aseguradora

Yo certifico que:

- Yo estoy autorizado para solicitar el examen.
- Toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.
- Yo envié una copia de esta solicitud a todos los participantes cuando envié la solicitud original a DWC.

Yo entiendo que cualquier declaración falsa, falsificación, u omisión podría causar una selección inadecuada de médico designado y puede resultar en la anulación por parte de DWC de cualquier orden que haya sido emitida.

Si yo estoy solicitando este examen en nombre de la aseguradora como su agente autorizado, yo certifico que la aseguradora me ha autorizado para tomar todas las medidas adicionales y comunicarme con DWC referente a esta solicitud de examen.

34. Firma del solicitante

35. Nombre del solicitante en letra de molde

36. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

37. Número de teléfono del solicitante

38. Dirección de correo electrónico del solicitante

Nombre del empleado:

No. de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para obtener un examen por parte de un médico designado

¿Quién puede solicitar un examen con un médico designado?

El empleado lesionado, el representante del empleado lesionado, o la aseguradora pueden solicitar que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) ordene un examen con un médico designado. DWC también puede ordenar el examen con el médico designado por su propia cuenta.

¿Con qué frecuencia puede llevarse a cabo el examen con un médico designado?

Un examen con el médico designado no puede llevarse a cabo más de una vez cada 60 días. DWC puede aprobar solicitudes para un examen dentro del periodo de 60 días si existe una buena causa. Un examen con el médico designado puede ocurrir no más de una vez al año después de que el empleado lesionado reciba ocho trimestres de beneficios de ingresos suplementarios (supplemental income benefits, por su nombre en inglés).

¿Tengo que completar todas las casillas en el formulario?

Sí. Si usted no proporciona toda la información requerida, su solicitud podría demorarse o ser denegada. Usted debe de especificar *"No Treating Doctor"* en la Casilla 24 si el empleado lesionado no cuenta con un médico de tratamiento.

¿A dónde debo enviar el formulario DWC-032S?

Envíe el formulario a DWC por fax al 512-804-4121 o por correo postal a:

Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
Designated Doctor Operations
PO Box 12050, HS-DD
Austin, Texas 78711

También puede enviar el formulario electrónicamente creando una cuenta en TXCOMP, el cual es el sistema de reclamaciones de DWC. Consulte www.tdi.texas.gov/wc/txcomp para obtener más información.

Usted también **debe** de enviar **una copia del formulario completo a todos los participantes** cuando lo envíe a DWC.

¿Qué es lo que hace DWC?

- Si nosotros aprobamos la solicitud, asignaremos a un médico designado para que examine al empleado lesionado. Si existe un médico designado que anteriormente fue asignado a la reclamación, asignaremos al mismo médico siempre y cuando el médico siga estando cualificado y esté disponible. DWC emitirá una orden a los participantes dentro de 10 días informándoles sobre el examen.
- Si nosotros denegamos la solicitud, enviaremos un aviso con las razones específicas de la denegación. Si usted desea disputar nuestra aprobación o denegación de una solicitud, usted tiene derecho a una audiencia apresurada para disputar beneficios (expedited contested case hearing, por su nombre en inglés) bajo el Código Administrativo de Texas No. 28, Sección 140.3.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita más información?

Llámenos al 800-252-7031. También, consulte nuestro sitio web en www.tdi.texas.gov/wc/dd.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- Estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted.
- Recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023).
- Solicitar que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.