



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

Escriba a máquina (o a mano, usando tinta negra) cada artículo en este formulario

I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO

1. Nombre del Empleado (Nombre, Inicial, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
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, Inicial, 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)	

II. 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, Inicial, 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 mediante 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 mediante una subdivisión política según lo dispuesto en §504.053(b)(2) del Código Laboral de Texas, relacionado con los contratos directos con los proveedores de servicios médicos o con los contratos mediante los fondos 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.	
Only Insurance Carriers Complete Boxes 24 – 28 (Las Casillas 24 – 28 son para uso exclusivo de la aseguradora)	
24. Insurance Carrier's Authorized Agent Company Name	25. Insurance Carrier's Bill Review Agent Name
26. Bill Review Agent Phone Number ()	27. Bill Review Agent Fax Number ()
28. Bill Review Agent Address (Street or P.O. Box, City, State, ZIP Code)	

Para Uso Exclusivo de DWC



III. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO DE TRATAMIENTO

29. Nombre del Médico de Tratamiento	30. Número de Teléfono del Médico de Tratamiento ()
31. Dirección del Médico de Tratamiento (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	32. Número de Fax del Médico de Tratamiento ()
33. Número de Licencia del Médico de Tratamiento	34. Tipo de Licencia del Médico de Tratamiento

IV. INFORMACIÓN SOBRE LA SELECCIÓN DEL MÉDICO DESIGNADO

35. 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>* Vea 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	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>* Vea la parte de abajo para múltiples fracturas, fractura de cadera o 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 (TMJ, por sus siglas en inglés)
<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 de la Columna Vertebral con déficit neurológico documentado; Síndrome de Cauda Esquina
<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"/> Fracturas Múltiples, Dislocación Articular, Fractura de Cadera o Pelvis	N/A
<input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas (complicadas)	Infecciones que requieren hospitalización o tratamiento prolongado con antibióticos intravenosos, incluyendo patógenos de transmisión sanguínea
<input type="checkbox"/> Síndrome de Dolor Regional Complejo	N/A
<input type="checkbox"/> Exposición a Sustancias Químicas	N/A
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón o Cardiovascular	N/A
<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



V. PROPÓSITO DEL EXAMEN

36. Solicitante: Para los artículos de la A a la G en la parte de abajo, marque la casilla(s) enseguida del asunto(s) que usted desea que el médico designado identifique y proporcione la información que se ha solicitado.

<input type="checkbox"/> A. Mejoramiento Máximo Médico (MMI)	Fecha del MMI Obligatorio (si es que lo hay) _____ (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> B. Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero (IR)	Fecha de MMI* _____ (requerido solamente si la Casilla A no ha sido marcada) (mm/dd/yyyy) *La fecha de MMI que se determinó ser válida por una decisión definitiva por parte de DWC o por un tribunal o acuerdo entre los participantes.
<input type="checkbox"/> C. Grado de Extensión de la Lesión Enliste todas las lesiones (diagnósticos/partes del cuerpo/condiciones) en cuestión, que se dice fueron causadas por, o que naturalmente resultaron del accidente o incidente y describa el accidente o incidente que causó la lesión que ha sido reclamada.	
<input type="checkbox"/> D. Incapacidad – Resultado Directo Nota: Solamente marque esta casilla si el empleado lesionado no puede obtener o conservar un empleo con un salario equivalente a lo que ganaba antes de que sucediera la lesión	Proporcione las fechas de los periodos de discapacidad que han sido reclamados. Si se trata de periodos múltiples, enliste todas las fechas. De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa) *La fecha de finalización no puede ser una fecha futura. Escriba “presente” si no tiene una fecha de finalización.
<input type="checkbox"/> E. Regreso al Trabajo	Proporcione el periodo que necesita ser evaluado. Si se trata de periodos múltiples, enliste todas las fechas. De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> F. Regreso al Trabajo (Beneficios de Ingresos Suplementarios) Nota: Solamente se permite un examen al año con un médico designado después del segundo aniversario (octavo trimestre) de los Beneficios de Ingresos Suplementarios	Proporcione el periodo que necesita ser evaluado. Si se trata de periodos múltiples, enliste todas las fechas. De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa) ¿Aplican los periodos de calificación al trimestre número 9 (o a un trimestre posterior) de los beneficios de ingresos suplementarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> G. Otros Asuntos Similares Nota: Los exámenes llevados a cabo por un médico designado no pueden ser solicitados para desarrollar planes de tratamiento, para determinar el uso apropiado del cuidado médico, o para determinar el tipo de indemnización	Identifique el asunto(s) y proporcione suficientes detalles para que el médico designado pueda tratar el asunto(s).

Nombre del Empleado
No. de Reclamación de DWC

Para Uso Exclusivo de DWC



VI. PREGUNTAS PARA EL MÉDICO DESIGNADO

Médico Designado: Indique los asuntos que se han identificado en la Sección V del formulario y considere las preguntas en la parte de abajo. Si la casilla **A** o **B** está marcada, debe presentar el formulario DWC-069. Si la casilla **E** o **F** está marcada, debe presentar el formulario DWC-073. Si la casilla **C**, **D** o **G** está marcada, debe presentar el Formulario DWC-068.

Si la casilla **A** está marcada, ¿se ha alcanzado el MMI? De ser así, ¿en qué fecha? (no puede sobrepasar la fecha del MMI obligatorio que se muestra en la parte de arriba)

Si la casilla **B** está marcada, en la fecha del MMI, ¿cuál es el IR?

Si la casilla **C** está marcada, ¿fue el accidente o incidente lo que causó que la lesión compensable fuera un factor importante para que surgieran las lesiones o condiciones adicionales que fueron reclamadas? y sin éste, ¿no habrían sucedido las lesiones o condiciones? Incluya una explicación de la base de su opinión.

Si la casilla **D** está marcada, ¿considera usted que la inhabilidad del empleado para obtener y conservar un salario equivalente a lo que ganaba antes de que sucediera la lesión es el resultado directo de la lesión compensable?

Si la Casilla **E** está marcada, ¿es capaz el empleado lesionado de regresar a trabajar en cualquier capacidad? Además, ¿qué tipo de actividades de trabajo puede desempeñar el empleado lesionado?

Si la Casilla **F** está marcada, ¿ha mejorado lo suficiente la condición médica del empleado lesionado como para permitirle al empleado regresar a trabajar en cualquier capacidad para el periodo(s) de calificación que ha sido identificado?

VII. INFORMACIÓN SOBRE EL EXAMEN / LESIÓN

37. Enliste todas las lesiones que han sido aceptadas como compensables por la aseguradora. (Proporcione descripciones si usa códigos ICD).

38. Enliste todas las lesiones que han sido determinadas como compensables mediante un Formulario Aprobado DWC-024, mediante una decisión y orden de DWC, una decisión del Panel de Apelación de DWC o mediante una orden judicial final, si es que aplica. (Proporcione descripciones si usa códigos ICD).

39. Si la aprobación de esta solicitud diera como resultado que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation –DWC, por su nombre y siglas en inglés) programara un examen dentro de 60 días a partir de la fecha en que se llevó a cabo un examen anterior con un médico designado, proporcione una buena causa para saber porqué es necesario programar este examen dentro de 60 días.

Nombre del Empleado

No. de Reclamación de DWC

Para Uso Exclusivo de DWC



VIII. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**40. Marque la casilla apropiada:**

Empleado Lesionado Representante del Empleado Lesionado Aseguradora

Yo certifico lo siguiente:

- Estoy autorizado para solicitar el examen.
- Toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.
- Yo proporcioné una copia de esta solicitud a todos los participantes al momento en que el formulario original fue presentado ante DWC.

Yo entiendo que cualquier declaración errónea, falsificación, u omisión podría causar una inadecuada selección de médico designado y puede resultar en la anulación por parte de DWC de cualquier orden que haya sido emitida según la solicitud, o que se tomen medidas de cumplimiento, incluyendo sanciones administrativas o multas.

Si se ha marcado "aseguradora" en la parte de arriba, además, yo certifico lo siguiente:

He sido autorizado por la aseguradora para proporcionar a los empleados de la compañía nombrada en la Sección II, Casilla 24, con la autorización de la aseguradora para tomar todas las acciones adicionales y para comunicarse con DWC respecto a este Formulario DWC-032, *Solicitud para Obtener un Examen por Parte de un Médico Designado*. Usted puede obtener información sobre:

- el estado de su solicitud;
- la razón por la cual la solicitud fue denegada;
- el examen que ha sido programado; y
- cualquier otra información concerniente a la solicitud para el examen.

41. Firma del Solicitante**42. Nombre del Solicitante en Letra de Molde****43. Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa)**

Nombre del Empleado

No. de Reclamación de DWC

Para Uso Exclusivo de DWC



Preguntas Frecuentes
Request for Designated Doctor Examination (DWC Form-032)

¿Quién puede solicitar que se ordene un examen por parte de 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 (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés) ordene un examen por parte de un médico designado. DWC también puede ordenar el examen por su propia cuenta.

¿Con qué frecuencia puede llevarse a cabo un examen por parte de un médico designado?

Antes de ser elegible para recibir los Beneficios de Ingresos Suplementarios (SIBs) y durante los primeros ocho trimestres de estar recibiendo SIBs, un examen por parte de un médico designado no puede llevarse a cabo más de una vez cada 60 días. DWC puede aprobar solicitudes adicionales para un examen dentro del periodo de 60 días si existe una buena causa. Después de los ocho trimestres de SIBs, un examen por parte de un médico designado no puede llevarse a cabo más de una vez al año.

¿Tengo que completar todas las casillas en el Formulario DWC-032?

El no proporcionar toda la información que es requerida en el Formulario DWC-032 puede causar demoras en el procesamiento de su solicitud y que le regresen a usted su solicitud. Si el empleado lesionado no cuenta con un médico de tratamiento, usted debe especificarlo escribiendo "No Treating Doctor" en el espacio que es proporcionado para el nombre del médico de tratamiento en la Casilla 29. Si cualquier otra información no aplica a su caso, escriba "N/A".

¿Dónde puedo presentar el Formulario DWC-032?

Es **requerido que usted proporcione una copia del Formulario completo DWC-032 a todos los participantes** al momento en que usted presenta la solicitud original ante DWC. Presente el Formulario completo ante DWC por medio de fax al (512) 804-4121 o por medio de correo postal a la dirección que se muestra en la parte de abajo.

Texas Department of Insurance
 Division of Workers' Compensation
 Designated Doctor Examination Request Processing & Monitoring
 PO Box 12050
 Austin, Texas 78711

¿Qué es lo que hace DWC?

Si la solicitud es aprobada, DWC asigna a un médico designado capacitado para examinar al empleado lesionado. Si existe un médico designado, el cual ha sido previamente asignado a la reclamación, este mismo médico será usado siempre y cuando éste médico siga estando capacitado y disponible. Dentro de 10 días DWC emitirá una orden a los participantes informándoles sobre el examen. Si la solicitud es denegada, usted recibirá un aviso donde se le proporcionará la razón(es) de la denegación.

Si usted desea disputar la aprobación o denegación de DWC por una *Solicitud para Obtener un Examen por Parte de un Médico Designado*, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Apresurada para Disputar Beneficios bajo el Código Administrativo de Texas No. 28 §140.3.

¿Dónde puedo encontrar más información sobre el proceso de médicos designados?

Para obtener más información, comuníquese con su oficina local de DWC al 1-800-252-7031. Para adquirir recursos adicionales que pueden contestar preguntas comunes sobre el proceso de médicos designados, visite el sitio web de TDI en <https://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); y
- pedir 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/commissioner/legal/lccorprc.html.