



Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
 7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-603
 Austin, TX 78744-1645
 (512) 804-4380 phone • (512) 804-4121 fax

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 Alterno de Teléfono del Empleado ()
7. Fecha de Nacimiento del Empleado (mm-dd-aaaa)	8. Fecha de la Lesión (mm-dd-aaaa)

II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR *(al momento en que sucedió la lesión)*

9. Nombre del Empleador	10. Número de Teléfono del Empleador ()
11. Dirección del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA

12. Nombre de la Aseguradora	
13. Dirección de la Aseguradora (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
14. Nombre del Ajustador (Nombre, Inicial, Apellido)	15. Dirección de E-mail del Ajustador
16. Número de Teléfono del Ajustador ()	17. Número de Fax del Ajustador ()
Only Insurance Carriers Complete Boxes 18 – 22 (Las Casillas 18 – 22 son para uso exclusivo de la aseguradora)	
18. Insurance Carrier's Authorized Agent Company Name	
19. Insurance Carrier's Bill Review Agent Name	
20. Bill Review Agent Address (Street or P.O. Box, City, State, Zip Code)	
21. Bill Review Agent Phone Number ()	22. Bill Review Agent Fax Number ()

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE DEL EMPLEADO LESIONADO *(si es que lo hay)*

23. Nombre del Representante (Nombre, Inicial, Apellido)	24. Número de Teléfono del Representante ()
25. Dirección de E-mail del Representante	26. Número de Fax del Representante ()

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

V. INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE TRATAMIENTO

27. Nombre del Médico de Tratamiento	28. Número de Teléfono del Médico de Tratamiento ()
29. Dirección del Médico de Tratamiento (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	30. Número de Fax del Médico de Tratamiento ()
31. Número de Licencia del Médico de Tratamiento	32. Tipo de Licencia del Médico de Tratamiento

VI. INFORMACIÓN SOBRE LA SELECCIÓN DEL MÉDICO DESIGNADO

33. ¿Incluye la reclamación beneficios médicos, los cuales fueron proporcionados mediante una Red Certificada de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Si", proporcione el nombre de la red.	
34. ¿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"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Si", proporcione el nombre del plan de salud.	
35. Marque todas las partes del cuerpo y diagnósticos que apliquen:	Ejemplos (no es una lista completa)
<input type="checkbox"/> Columna y Torso	Cervical, Torácico, Lumbar, Articulación Sacroilíaca, Sacro, Coxis, Pelvis, Esternón y Manubrium, Caja Torácica, Pared Torácica, Pared Abdominal
<input type="checkbox"/> Extremidades Superiores	Hombros, incluyendo las Articulaciones Glenohumeral y Acromioclavicular, Clavícula, Articulación Esternoclavicular, Escápula, Antebrazo, Brazo, Codo, Muñeca, Mano, Dedo
<input type="checkbox"/> Extremidades Inferiores (excluyendo los pies)	Caderas, Glúteos, Muslo, Pierna, Rodilla
<input type="checkbox"/> Pies	Pie, Talón, Dedo del Pie
<input type="checkbox"/> Dientes y Mandíbulas	Diente, Mandíbula, Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> Ojos	Ojo, Párpado
<input type="checkbox"/> Otras Áreas o Sistemas del Cuerpo	Sistemas Internos; Oído, Nariz, y Garganta; Cabeza y Cara; Piel; Trastornos Mentales y de Comportamiento; Laceración de Tendón; Dislocaciones
<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática	N/A
<input type="checkbox"/> Lesiones de la Columna Vertebral	Lesiones de la columna vertebral, incluyendo fracturas de la columna con déficit neurológico documentado
<input type="checkbox"/> Quemaduras Severas (incluyendo quemaduras químicas)	Quemaduras de tercer o cuarto grado en 9 por ciento o más del cuerpo
<input type="checkbox"/> Fracturas Múltiples de Huesos (excluyendo las fracturas de la columna)	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 (Distrofia Simpática Refleja)	N/A
<input type="checkbox"/> Exposición a Agentes Químicos (excluyendo la exposición limitada a exposición de la piel)	N/A
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón o Cardiovascular	N/A

Nombre del Empleado:

No. de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

VII. INFORMACIÓN SOBRE EL EXAMEN / LESIÓN

36. Proporcione la razón(es) específica por la cual se ha solicitado el examen. La razón(es) debe indicar cómo es que el examen resolverá una disputa o asistirá en el avance de la reclamación.

37. Enliste todas las lesiones que TDI-DWC ha determinado son compensables o que han sido aceptadas como compensables por la aseguradora. (Si está usando códigos ICD, debe también proporcionar las descripciones.)

38. ¿Se ha efectuado anteriormente un examen por parte de un médico designado para esta reclamación?

Si No Si la respuesta es "No", omita las Casillas 39 – 41.

39. Con respecto al examen más reciente con el médico designado, proporcione la siguiente información:

a. Nombre del médico designado

b. Fecha del examen (mm/dd/aaaa)

40. Si la aprobación de esta solicitud diera como resultado que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation –TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) programara un examen dentro de 60 días a partir de la fecha en que se llevo 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.

41. Explique cualquier cambio de condición médica desde el más reciente examen con el médico designado.

Nombre del Empleado:

No. de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

VIII. PROPÓSITO DEL EXAMEN

42. 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.

Médico Designado: Identifique solamente los asuntos que están marcados. Si la Casilla A o B ha sido marcada, usted debe presentar el Formulario DWC-069. Si la Casilla E o F ha sido marcada, usted debe presentar el Formulario DWC-073. Si la Casilla C, D, o G ha sido marcada, usted debe presentar el Formulario DWC-068.

A. Mejoramiento Máximo Médico (Maximum Medical Improvement –MMI, por su nombre y siglas en inglés)

Fecha del MMI Obligatorio (si es que lo hay) _____ (mm/dd/aaaa)

Pregunta que el Médico Designado debe considerar durante el examen:

¿Se ha alcanzado el MMI?; y de ser así, ¿en qué fecha? (no puede sobrepasar la fecha del MMI Obligatorio que se muestra en la parte de arriba)

B. Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero (Impairment Rating -IR, por su nombre y siglas en inglés).

Fecha de MMI* (requerido solamente si la Casilla A no ha sido marcada) _____
(mm/dd/aaaa)

*La fecha de MMI que se determinó ser válida por una decisión definitiva por parte de TDI-DWC o por una corte o por un acuerdo entre los participantes.

Pregunta que el Médico Designado debe considerar durante el examen: A partir de la fecha del MMI, ¿cuál es el IR?

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.

Describa el accidente o incidente que causó la lesión que ha sido presentada.

Pregunta que el Médico Designado debe considerar durante el examen: ¿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.

Nombre del Empleado:

No. de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

D. Incapacidad –Resultado Directo (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 del comienzo y finalización de los periodos de incapacidad que han sido reclamados. Si se trata de periodos múltiples, enliste todas las fechas.

De _____ a _____ (mm/dd/aaaa)

*La fecha de finalización no puede ser una fecha futura. Usted puede escribir "presente" para la fecha de finalización.

Pregunta que el Médico Designado debe considerar durante el examen: ¿Considera usted que la inhabilidad del empleado para obtener y conservar un con un salario equivalente a lo que ganaba antes de que sucediera la lesión es el resultado directo de la lesión compensable?

E. Regreso al Trabajo

Proporcione las fechas del comienzo y finalización de cada periodo cubierto por esta solicitud solamente si usted está solicitando que el médico designado examine el estado de trabajo del empleado lesionado por un periodo de tiempo aparte del presente. Si se trata de múltiples periodos, enliste todas las fechas.

De _____ a _____ (mm/dd/aaaa)

Pregunta que el Médico Designado debe considerar durante el examen: ¿Puede el empleado lesionado regresar a trabajar en cualquier capacidad? Además, ¿qué tipo de actividades de trabajo puede desempeñar el empleado lesionado?

F. Regreso al Trabajo (Beneficios de Ingresos Suplementarios)

Proporcione las fechas del comienzo y finalización de cada periodo de calificación que cubre esta solicitud. Si se trata de múltiples periodos, enliste todas las fechas.

De _____ a _____ (mm/dd/aaaa)

¿Aplican los periodos de calificación enlistados en la parte de arriba al trimestre número 9 (o a un trimestre posterior) de los beneficios de ingresos suplementarios? Si No

NOTA: Solamente se les permite a los empleados lesionados un examen al año por parte del médico designado después del segundo aniversario (octavo trimestre) de los Beneficios de Ingresos Suplementarios.

Pregunta que el Médico Designado debe considerar durante el examen: ¿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?

G. Otros Asuntos Similares

Identifique el asunto(s) y proporcione suficientes detalles para que el médico designado pueda tratar el asunto(s).

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.

Nombre del Empleado:

No. de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

IX. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**43. Marque la casilla apropiada:**

Empleado Lesionado Representante del Empleado Lesionado Aseguradora TDI-DWC

Yo certifico que:

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

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

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

He sido autorizado por la aseguradora para proporcionar a los empleados de la compañía nombrada en la Sección III, Casilla 18, con la autorización de la aseguradora para tomar todas las acciones adicionales y comunicarse con TDI-DWC sobre 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.

44. Firma del Solicitante**45. Nombre del Solicitante en Letra de Molde****46. Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa)**

Nombre del Empleado:

No. de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para Obtener un Examen por Parte de un Médico Designado (Formulario DWC-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 (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation -TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) ordene un examen llevado a cabo por un médico designado. TDI-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. TDI-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 27. 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 TDI-DWC. Presente el Formulario completo ante TDI-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
7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-603
Austin, TX 78744-1645

¿Qué es lo que hace TDI-DWC?

Si la solicitud es aprobada, TDI-DWC asignará 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 siga estando capacitado y disponible. Dentro de 10 días, si es que la solicitud es aprobada, TDI-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 negativa.

Si usted desea disputar la aprobación o denegación de TDI-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 del médico designado?

Para obtener más información, comuníquese con su oficina local de TDI-DWC al teléfono 1-800-252-7031. Para adquirir recursos adicionales que contesten a preguntas comunes sobre el proceso del médico designado, visite el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.texas.gov/wc/dd/>.

NOTA¹: El Código Administrativo de Texas No. 28 §127.1(b) (9) requiere que para poder solicitar un examen por parte de un médico designado, la solicitud debe ser presentada en la forma que ha sido prescrita por TDI-DWC. El número de seguro social puede ser usado para identificar al empleado lesionado.

NOTA²: Con pocas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted. También tiene derecho a recibir y revisar dicha información (Código Gubernamental §§552.021 y 552.023); y pedir que TDI-DWC corrija la información que está incorrecta (Código Gubernamental §559.004).