



Complete esta información si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Solicitud para extender la fecha del mejoramiento máximo médico para una cirugía aprobada de la columna vertebral

Parte 1: Información de la reclamación

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-
3. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	4. Número de teléfono del empleado
5. Dirección del empleado (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
6. Nombre del representante (si es que lo hay)	7. Número de teléfono del representante
8. Dirección del representante (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
9. Nombre de la aseguradora	10. Nombre del ajustador (nombre, apellido)
11. Número de teléfono del ajustador	12. Número de fax del ajustador (opcional)
13. Correo electrónico del ajustador (opcional)	

Parte 2: Información sobre el médico y la cirugía de la columna vertebral

14. Fecha en la que fue aprobada la cirugía de la columna vertebral (mm/dd/aaaa)	15. ¿Se realizó ya la cirugía de la columna vertebral? <input type="checkbox"/> Sí, la cirugía se realizó en (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No, la cirugía está programada para (mm/dd/aaaa)
16. Nombre del médico de tratamiento	17. Número de teléfono del médico de tratamiento

Nombre del empleado:

 Número de
reclamación de DWC:


Para uso exclusivo de DWC

18. Dirección del médico de tratamiento (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

19. Nombre del cirujano

20. Número de teléfono del cirujano

21. Dirección del cirujano (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Parte 3: Documentación médica del médico

22. ¿Ha proporcionado documentación médica el médico? (Marque la casilla apropiada)

- Sí, se ha adjuntado la documentación médica del médico de tratamiento o del cirujano.
- No, la solicitud para obtener la documentación médica fue enviada al médico de tratamiento o al cirujano en (mm/dd/aaaa), y hasta la fecha de (mm/dd/aaaa) la documentación médica no fue recibida.

(📎 Adjunte la documentación).

Nota: Consulte la página de Preguntas Frecuentes en este formulario para obtener más información sobre la documentación médica necesaria.

Parte 4: Certifique con su firma

23. ¿Quién está presentando esta solicitud?

- Empleado lesionado
- Representante del empleado
- Aseguradora

Yo certifico que:

- La información es correcta y he enviado una copia de este formulario a los otros participantes.
- He solicitado la documentación médica y envié una copia de esta solicitud el mismo día a los otros participantes, incluyendo al representante del empleado lesionado (si es que lo hay).

Firma _____ **Fecha** _____

Nombre del empleado:

Número de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para extender la fecha del mejoramiento máximo médico para una cirugía aprobada de la columna vertebral

¿Quién puede presentar el Formulario DWC-057S?

El empleado lesionado, el representante del empleado o la aseguradora pueden presentar este formulario para una cirugía aprobada de la columna vertebral.

¿Cuándo puedo presentar este formulario?

Usted puede presentar el formulario:

- no antes de 92 semanas después del inicio de los beneficios de ingresos; y
- a más tardar 110 semanas después del inicio de los beneficios de ingresos.

¿Qué condiciones se deben cumplir antes de presentar este formulario?

- El empleado lesionado ha sido aprobado o ya tuvo una cirugía de la columna vertebral.
- No existen disputas pendientes o sin resolver sobre la fecha del mejoramiento máximo médico (MMI).
- El empleado lesionado no alcanzó el MMI antes de la solicitud.
- La fecha de la lesión es después del 1º de enero de 1998.

¿Qué documentación médica necesito enviar con este formulario?

Una carta de un médico de tratamiento o cirujano sobre la cirugía aprobada de la columna vertebral que incluya:

- el tiempo típico de recuperación para el procedimiento de cirugía de la columna vertebral;
- la fecha pronosticada e información sobre cuándo la condición podrá estar médicamente estable;
- información sobre cualquier detalle importante que haya resultado en diferencias entre las guías de tratamiento tradicionales y los espacios de tiempo que puedan afectar los tiempos de recuperación;
- información sobre cualquier demora para obtener la cirugía o el tratamiento médico para la lesión compensable; y
- otra información relevante de la aseguradora, el empleado o el representante del empleado relacionado con la solicitud.

Nota: Usted puede enviar el Formulario DWC-057S sin la documentación médica al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés) si en el transcurso de 15 días usted no recibió esta información del médico de tratamiento o del cirujano.

¿A dónde debo enviar este formulario?

Envíe este formulario y la documentación a DWC por fax o por correo postal:

- **Fax:** 512-804-4378
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Customer Services, Mail Code CCS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Qué es lo que hará DWC?

DWC aprobará o denegará la solicitud. Nosotros enviaremos nuestra decisión a todos los participantes dentro de un plazo de 10 días. Si DWC aprueba la solicitud, enviaremos la orden con la nueva fecha de extensión del MMI.

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, a petición suya, 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.