



**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 con 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? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre del plan de cuidados de salud.	
Nombre del empleado:	Para uso exclusivo de DWC
Número de reclamación de DWC:	



Parte 3. Información sobre el médico de tratamiento

24. Nombre del médico de tratamiento (nombre, segundo nombre, apellido)	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)
☐ 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, esguinces o torceduras
☐ 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, esguinces, o torceduras
☐ 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, esguinces, o torceduras
☐ Pies	Dedos de los pies, talones
☐ Dientes y mandíbula	articulación temporomandibular (ATM)
☐ Ojos	párpado, cuerpo extraño, abrasión de la córnea
☐ 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
☐ Lesión cerebral traumática	conmoción cerebral; síndrome post conmoción cerebral
☐ Lesión de la columna vertebral	fractura espinal con déficit de lesión neurológica documentada, más de una fractura espinal, síndrome de cauda equina
☐ Quemaduras severas (incluyendo quemaduras químicas)	Quemaduras de segundo, tercero, o cuarto grado; quemaduras profundas de espesor parcial o total
☐ Dislocación de articulaciones, fracturas con lesión vascular, fracturas de la pelvis, o fracturas múltiples de costillas	No aplica
☐ Enfermedades infecciosas (complicadas)	infecciones que requieren de hospitalización o tratamiento prolongado con antibióticos intravenosos, incluyendo patógenos transmitidos por la sangre
☐ Síndrome de dolor regional complejo	no aplica
☐ Exposición a sustancias químicas	no aplica
☐ Enfermedad del corazón o cardiovascular	no aplica
☐ Trastornos mentales y de comportamiento	Trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)

Nombre del empleado:



Número 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.

☐	A. Mejoramiento máximo médico (Maximum Medical Improvement -MMI, por su nombre y siglas en inglés) ¿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)
☐	B. Porcentaje de impedimento de cuerpo entero (Impairment rating -IR, por su nombre y siglas en inglés) ¿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) *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.
☐	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 fueron un factor sustancial para provocar las lesiones o condiciones adicionales reclamadas, y si, sin ellas, las lesiones o condiciones adicionales no habrían ocurrido.
☐	D. Discapacidad – resultado directo El médico designado responderá si la incapacidad para poder obtener y retener salarios iguales al salario que se 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. De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
☐	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. De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
☐	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. De _____ a _____ (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
☐	G. Otros asuntos similares Identifique los asuntos para que el médico designado los pueda tratar, incluyendo si el empleado de respuesta inmediata (first responder, por su nombre en inglés) aún es elegible para recibir beneficios de ingresos de por vida según el Código Laboral 408.1615.
☐	32. ¿Ha habido un Formulario DWC-024S aprobado, una decisión final, o una orden final por parte de un tribunal para determinar la lesión compensable?

Nombre del empleado:

Número 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; y
- Yo envié una copia de esta solicitud a todos los participantes cuando yo 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 he sido autorizado por la aseguradora 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. Correo electrónico del solicitante**

Nombre del empleado:

Número de reclamación de DWC:



Para uso exclusive de DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para obtener un examen con 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 un 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 puede especificar "*No Treating Doctor*" en la Casilla 24 si el empleado lesionado no cuenta con un médico de tratamiento.

¿A dónde debo de 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
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, se usará al mismo médico siempre y cuando el médico siga estando calificado 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.