



Texas Department of Insurance

Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-603

Austin, TX 78744-1645

(800) 252-7031 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 lesionado (Apellido, Nombre, Inicial)		2. Número de Seguro Social	
3. Fecha de la Lesión (mm-dd-aaaa)	4. Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)	5. Fecha del MMI Obligatorio (mm-dd-aaaa)	
NOTA: El MMI obligatorio es 104 semanas después del octavo día de incapacidad.			
6. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)		7. Condado	
8. Número Principal de Teléfono	9. Número Alterno de Teléfono	10. Número de Fax	

II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (al momento de la lesión)

11. Nombre del Empleador	12. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)
--------------------------	--

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA

13. Nombre de la Aseguradora	14. Nombre del Ajustador (requerido para el procesamiento)
15. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	16. Dirección de E-mail del Ajustador
17. Número de Teléfono y Extensión del Ajustador (requerido para el procesamiento)	18. Número de Fax del Ajustador

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

19. Nombre del Representante	
20. Número de Teléfono del Representante	21. Número de Fax del Representante

V. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO DE TRATAMIENTO/RED DE SERVICIOS MÉDICOS

22. Nombre del Médico de Tratamiento y Tipo de Licencia	23. Número de Licencia
24. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	25. Número de Teléfono
26. Número de Fax	27. Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (si es que la hay)

VI. INFORMACIÓN SOBRE EL EXAMEN

28. Proporcione la razón específica del examen que se ha solicitado. La razón(es) debe indicar cómo es que el examen resolverá una disputa o cómo ayudará en la progresión de la reclamación.
29. Si anteriormente se llevó a cabo un examen por parte de un médico designado en esta reclamación, explique cualquier cambio en su condición médica desde que se llevó a cabo ese examen.
30. Si la aprobación de esta solicitud resultara en la programación de un examen por parte de la División, dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de un examen que fue llevado a cabo anteriormente por un médico designado, proporcione una buena causa por la cual es necesario programar este examen dentro de 60 días.
31. Enliste todas las lesiones que han sido determinadas como compensables por TDI-DWC o que han sido aceptadas como compensables por la aseguradora.

VII. INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN Y EL TRATAMIENTO: Es requerido que TDI-DWC obtenga la siguiente información para poder seleccionar a un médico designado. Si usted necesita ayuda para proporcionar esta información, comuníquese con TDI-DWC al teléfono 1-800-252-7031. Si no está seguro sobre la condición o el historial de tratamiento del empleado lesionado, comuníquese con el médico de tratamiento.

Complete esta información, si es que la sabe:
 No. de reclamación de DWC
 No. de reclamación de la aseguradora

Áreas Lesionadas – Marque cada área lesionada que sea parte de, o que se diga ser parte de la lesión compensable. Nota: Cada área lesionada DEBE ser marcada, aun si NO se ha proporcionado tratamiento.	Tipos de Tratamiento General – Marque cada tipo de tratamiento recibido en cada área afectada que es parte de, o que se dice ser parte de la lesión e indique si el tratamiento ha sido suspendido o discontinuado ¹ .									
	Medicina Física		Medicamento con Receta		Inyecciones Terapéuticas		Cirugía		Medicina de Comportamiento	
	Indique si fue proporcionado	Indique si fue suspendido	Indique si fue utilizado	Indique si fue suspendido	Indique si fue dado	Indique si fue suspendido	Indique si fue efectuada	Indique si fue dado de alta por el cirujano ²	Indique si fue proporcionado	Indique si fue suspendido
Lesiones Músculo Esqueléticas:										
<input type="checkbox"/> Espalda y Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano y Extremidades Superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extremidades Inferiores y Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposiciones Ocupacionales y Lesiones:										
<input type="checkbox"/> Sistema Nervioso Central (cerebro/ prosencéfalo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Tallo Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Columna Vertebral o Canal Raquídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sistema Nervioso Periférico y Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Hematopoyético (trastornos sanguíneos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Orejas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dientes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Nariz, Garganta y Estructuras Relacionadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Digestivo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Urinario y Reproductivo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Endocrino (sistema hormonal)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Piel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfermedades Mentales y de Comportamiento:										
<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales y de Comportamiento			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor Crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATEGORÍAS EN GENERAL DE LAS DEFINICIONES DE TRATAMIENTO

Medicina Física – Tratamiento no invasivo que involucra movimientos manuales de la parte corporal afectada. Esto incluye tratamientos tales como masajes, relajación miofacial, terapia física, manipulaciones, movilizaciones, acupuntura, endurecimiento de trabajo, acondicionamiento del trabajo, etc.

Medicamento con Receta Médica – Medicamento que debe ser obtenido de un farmacéutico o del médico que recetó la medicina y el cual no puede ser obtenido sin una receta médica.

Inyecciones Terapéuticas – Incluye tratamientos tales como las inyecciones epidurales y de punta de gatillo. Esto no incluye inyecciones rutinarias o menores tales como las inyecciones para el tétano, inyecciones para alergias, o intravenosas.

Cirugía – Operación o tratamiento invasivo a menudo llevado a cabo en un hospital. Esto no incluye procedimientos menores tales como el tratamiento de cortaduras menores o laceraciones.

Medicina de Comportamiento – Incluye tratamientos como psiquiatría, pruebas psicológicas y de asesoramiento, biorretroalimentación y disciplinas relacionadas.

Cada área lesionada incluye las condiciones /partes corporales/sistemas mostrados en la sección correspondiente o capítulo de la 4ª Edición de las Guías para la Evaluación de Impedimento Permanente (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, por su nombre en inglés) de la Asociación Médica Americana (American Medical Association -AMA, por su nombre y siglas en inglés). Si no quedara claro en cuál hilera debe ser seleccionada cada condición, consulte las Guías del AMA para determinar cuál sección contiene la metodología para valorar el impedimento de la condición. Ejemplo – las hernias aparecen bajo "Sistema Digestivo" porque es el capítulo que contiene las instrucciones para asignar una valoración de impedimento para una hernia.

1 – El indicar que un tratamiento ha sido discontinuado NO es una declaración que tratamiento adicional de ese tipo no es necesario por razones médicas o que no va a volver a estar disponible en algún punto. Más bien, es una declaración que al momento en que se presenta la solicitud para obtener a un médico designado, el empleado lesionado no está activamente recibiendo este tratamiento.
 2 – Se considera que un cirujano ha dado de alta a un empleado lesionado después de la cirugía cuando el empleado ha cumplido con las visitas de seguimiento requeridas para verificar su recuperación. Esto no significa que el empleado lesionado ha sido dado de alta para regresar a trabajar, dado de alta de todo tratamiento médico, o haber alcanzado el mejoramiento máximo médico (MMI).

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

VIII. PROPÓSITO DEL EXAMEN

Solicitante: Marque la casilla junto a cada uno de los asuntos que usted quiere que trate el médico designado.

Médico Designado: Trate solamente los asuntos que han sido indicados.

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

Instrucciones para el solicitante: Si existe una certificación anterior, la siguiente información es requerida.

Fecha en que se certificó el MMI (mm/dd/aaaa) _____ Fecha de la certificación (mm/dd/aaaa) _____

Nombre del médico certificador _____ médico de RME médico de tratamiento médico de referencia

Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado: ¿Se ha alcanzado el MMI?; y de ser así, ¿en qué fecha?

NOTA: El MMI no puede ser mayor que la fecha del MMI obligatorio que se muestra en la Sección I. Información Sobre el Empleado Lesionado, casilla número 5.

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

Instrucciones para el solicitante: Si se ha asignado previamente un IR, la siguiente información es requerida.

Fecha en que se certificó el MMI _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de la certificación _____ (mm/dd/aaaa) IR que fue asignado _____%

Nombre del médico certificador _____ médico de RME médico de tratamiento médico de referencia

Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado: ¿Cuál es el IR a partir de la fecha en que el MMI fue certificado?

NOTA: Si ya se ha alcanzado el MMI obligatorio (mostrado en la Sección I, Información Sobre el Empleado Lesionado, Casilla 5), por ley es obligatorio que usted asigne el IR basándose en la condición del empleado lesionado en la fecha del MMI obligatorio, sin importar si el empleado lesionado alcanzó o no el MMI clínico.

C. Grado de Extensión de la Lesión

Instrucciones para el solicitante: La información en la parte de abajo es requerida.

1. Enliste todas las lesiones (diagnosis, partes del cuerpo/ condiciones) en cuestión, que se dice fueron causadas por, o que naturalmente resultaron del accidente o incidente.
2. Describa el accidente o incidente que causó la lesión que ha sido presentada (vea la Sección VI, Información Sobre el Examen, Casilla 31).

Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado: ¿Fue el accidente o incidente lo que causó que la lesión compensable fuera una causa para las lesiones o condiciones adicionales que fueron reclamadas? y/o, ¿surgieron las lesiones o condiciones reclamadas naturalmente a causa de las lesiones compensables?

D. Incapacidad –Resultado Directo (Solamente marque esta casilla si el empleado lesionado no está trabajando o si está ganando menos de lo que ganaba antes de que sucediera la lesión.)

Instrucciones para el solicitante: La información en la parte de abajo es requerida

Proporcione las fechas del comienzo y terminación de los periodos de incapacidad. Si se trata de periodos múltiples, enliste todas las fechas.

De _____ a _____ (mm/dd/aaaa)

Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado: ¿Considera que la inhabilidad del empleado para desempeñar el empleo que tenía antes de que sucediera la lesión es el resultado directo de la lesión compensable?

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

VIII. PROPÓSITO DEL EXAMEN (continuación)

E. Regreso al Trabajo

Instrucciones para el solicitante: Si usted desea conocer la habilidad del empleado lesionado para regresar a un trabajo en específico, la siguiente información es requerida.

- Proporcione las fechas del comienzo y terminación de cada periodo cubierto por esta solicitud. Si se trata de múltiples periodos, enliste todas las fechas.
De _____ a _____ (mm/dd/aaaa)
- Si se le ha ofrecido, o si se le ofrecerá al empleado lesionado un trabajo o trabajos en específico, proporcione una breve descripción(es) del empleo(s).

Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado: ¿Puede el empleado lesionado regresar a trabajar en cualquier capacidad? Además, ¿qué actividades de trabajo puede desempeñar el empleado lesionado?

F. Regreso al Trabajo (Beneficios de Ingresos Suplementarios)

Instrucciones para el solicitante: La información en la parte de abajo es requerida.

- Proporcione las fechas del comienzo y terminación 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

- Si hubo un examen que se llevó a cabo anteriormente, proporcione lo siguiente:

Fecha en que se llevó a cabo el último examen: _____ Nombre del médico examinante: _____

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

Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado: ¿Ha mejorado lo suficiente la condición médica del empleado lesionado para poder permitir que regrese a trabajar en cualquier capacidad para el periodo(s) de calificación que ha sido identificado?

G. Otros Asuntos Similares

Instrucciones para el Solicitante: Identifique el asunto(s) y proporcione suficientes detalles para que el médico designado pueda tratar el asunto(s). Esta información es requerida.

NOTA: Los exámenes llevados a cabo por un médico designado **no pueden** ser solicitados para desarrollar planes de tratamiento o para determinar el uso apropiado del cuidado médico, o para determinar el tipo de indemnización.

IX. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Marque la casilla apropiada:

Empleado Lesionado Representante del Empleado Lesionado Aseguradora TDI-DWC/Asesor Médico de DWC

Yo certifico que toda la información que ha sido proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y 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.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Preguntas Frecuentes

Solicitud para Obtener un Examen por Parte de un Médico Designado (Formulario DWC032)

¿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.

¿Con qué propósitos se puede solicitar un examen por parte de un médico designado?

Para resolver dudas sobre:

- el mejoramiento máximo médico (MMI)
- el porcentaje de impedimento de cuerpo entero (IR)
- el grado de extensión de la lesión
- si la incapacidad del empleado lesionado es el resultado directo de la lesión relacionada con el trabajo
- la habilidad del empleado lesionado para regresar a trabajar
- el regreso al trabajo para los beneficios de ingresos suplementarios (SIBs)
- otros asuntos similares a los descritos arriba

Nota: La *Solicitud para Obtener un Examen por Parte de un Médico Designado* no puede ser presentada para disputar o estar en desacuerdo con la evaluación del médico designado. Si usted desea disputar la evaluación del médico designado, presente la *Solicitud para una Conferencia para Revisión de Beneficios (Formulario DWC045)*.

¿Tengo que completar todas las casillas en el Formulario DWC032?

El no proporcionar toda la información requerida en el Formulario DWC032 causará demoras en el procesamiento de su solicitud y que ésta le sea regresada. Si la información no aplica a su caso, escriba "NA".

SECCIÓN V. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO DE TRATAMIENTO/RED DE SERVICIOS MÉDICOS

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.

SECCIÓN VII. INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN Y EL TRATAMIENTO

Las solicitudes no serán aceptadas sin que se complete la página dos (página principal). Marque la casilla(s) que es aplicable(s) en la parte izquierda de la página principal para cada área lesionada que es parte de, ó que se dice ser parte de la lesión, aun si no se ha proporcionado ningún tratamiento.

El proporcionar información incorrecta o equivocada con respecto a esta solicitud podría causar una selección incorrecta de médico designado y puede resultar en la imposición de sanciones administrativas, las cuales incluyen penalidades y multas.

SECCIÓN VIII. PROPÓSITO DEL EXAMEN

Casilla A – Si usted está disputando un MMI que fue previamente certificado, debe completar la Casilla A. Si usted tiene múltiples fechas en las que previamente fue certificado el MMI, proporcione información con respecto a su primera certificación válida de MMI.

Casilla B – Si usted está disputando un IR que fue previamente certificado, debe completar la Casilla B. Si el mejoramiento máximo médico no ha sido previamente certificado por un médico, la Casilla B no puede ser solicitada sin la Casilla A. Si usted está solicitando un examen del IR sin un examen del MMI, incluya la información referente a la fecha de MMI que ha sido determinada como válida por una decisión final de TDI-DWC o una corte o por un acuerdo entre los participantes.

Casilla D – los "periodos de incapacidad que han sido reclamados" no pueden incluir una fecha futura. Usted puede escribir "present" (presente) para la fecha de terminación.

Casilla E – los “periodos cubiertos por esta solicitud” no pueden incluir una fecha futura. Usted puede escribir “*present*” (presente) para la fecha de terminación. Si se está ofreciendo un trabajo o trabajos en específico, proporcione una **breve** descripción del trabajo en el espacio que ha sido proporcionado. No se aceptarán descripciones de trabajos adjuntas a la solicitud.

Casilla F – los “periodos cubiertos por esta solicitud” no pueden incluir una fecha futura. Usted puede escribir “*present*” (presente) para la fecha de terminación.

Casilla G – Un ejemplo de un asunto que puede ser solicitando en esta casilla es “para determinar si existe una lesión que haya resultado del incidente que ha sido reclamado.”

SECCIÓN IX. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

El solicitante debe firmar y fechar este formulario para certificar que la información que fue proporcionada sobre la lesión y el tratamiento está completa y correcta. No firmar y fechar el formulario resultará en que TDI-DWC le regrese a usted su solicitud.

¿Dónde debo presentar el Formulario DWC032?

El formulario completo debe ser enviado por correo postal a la dirección que se muestra en la parte de abajo o por fax al (512) 804-4121.

Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
Designated Doctor Scheduling Section
7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-603
Austin, TX 78744-1645

NOTA: Los documentos adjuntos al formulario (Notificaciones en Lenguaje Claro [Plain Language Notices, por su nombre en inglés], Formulario DWC069S, etc.) o las páginas suplementarias no serán aceptadas con la solicitud.

Se aconseja a los solicitantes para un examen por parte de un médico designado que proporcionen una copia completa del Formulario DWC032 a todos los participantes al momento en que la solicitud original es presentada ante TDI-DWC.

¿Qué es lo que hace TDI-DWC?

La sección que fija las citas con los Médicos Designados de TDI-DWC (Designated Doctor Scheduling -DDS, por su nombre y siglas en inglés) revisará la solicitud para asegurarse que esté completa y correcta, y para revisar el historial de la reclamación para de esta manera verificar que las razones por las que se presentó la solicitud sean válidas. Si la solicitud es aprobada, DDS asignará a un médico designado capacitado para examinar al empleado lesionado. Si existe un médico designado que haya sido previamente asignado a la reclamación, este mismo médico será usado siempre y cuando siga estando capacitado y disponible. Dentro de 10 días, después de la aprobación, TDI-DWC emitirá una orden a los participantes informándoles sobre el examen. Si se le debiera regresar su solicitud, usted recibirá un *Aviso de Devolución de Solicitud para un Médico Designado* (Notice of Returned Request for Designated Doctor Examination, por su nombre en inglés) donde se le proporcionará la(s) razón(es) en específico por la(s) que TDI-DWC no pudo procesar su solicitud.

TDI-DWC puede denegar su solicitud para un examen por parte de un médico designado si se determina que la solicitud no tiene fundamento a como es determinado por el Comisionado de Compensación para Trabajadores o por la persona designada por el Comisionado.

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 para Disputar Beneficios apresurada bajo el Código Administrativo de Texas No. 28 §140.3.

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

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 de los médicos designados visite el siguiente enlace <http://www.tdi.state.tx.us/wc/hcprovider/dd.html>.

AVISO: 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 esté incorrecta (Código Gubernamental §559.004).