


Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-94

Austin, TX 78744-1645

(800) 252-7031 phone • (512) 804-4378 fax

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Solicitud del Empleado para Cambiar de Médico de Tratamiento
Para uso EXCLUSIVO de los Empleados que NO Participan en las Redes de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores o en Ciertos Planes de Salud de Subdivisiones Políticas

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

I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/ABOGADO DEL EMPLEADO

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Nombre del Empleado (Nombre, Inicial, Apellido) | | 2. Número de Seguro Social del Empleado | |
| 3. Dirección Postal del Empleado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | |
| 4. Número de Teléfono del Empleado () | 5. Número Alterno de Teléfono (si es que lo hay) () | 6. Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa) | |
| 7. Nombre del Abogado/Representante (si es que aplica) | | 8. Dirección del Abogado/Representante (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) | |

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

| | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Nombre del Empleador | 10. Dirección del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA

| | | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 11. Nombre de la Aseguradora | 12. Dirección de la Aseguradora (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) | |
| 13. Nombre del Ajustador | 14. Número de Teléfono del Ajustador () ext. | 15. Número de Fax del Ajustador () |

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO DE TRATAMIENTO

| Médico de Tratamiento Actual | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 16. Nombre del Médico de Tratamiento Actual (Nombre, Inicial, Apellido) y el Título (MD, DO, DC, etc.) | 17. Número de Teléfono del Médico de Tratamiento Actual () ext. |
| 18. Dirección Postal del Médico de Tratamiento Actual (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) | |
| 19. Número de Licencia del Médico de Tratamiento Actual (si es que la sabe) | 20. Número de Fax del Médico de Tratamiento Actual () |
| Razón por la Cual Solicita el Cambio de Médico de Tratamiento | |
| 21. Explique por qué está solicitando cambiar de médico de tratamiento (adjunte hojas adicionales si es necesario) | |
| Médico de Tratamiento Que ha Solicitado | |
| 22. Nombre del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado (Nombre, Inicial, Apellido) y el Título (MD, DO, DC, etc.) | 23. Número de Teléfono del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado () ext. |
| 24. Número de Licencia del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado | 25. Número de Fax del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado () |
| 26. Dirección Postal del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) | |
| 27. Firma del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado (requerido) | 28. Fecha (mm/dd/aaaa) |

V. AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO PARA CAMBIAR DE MÉDICO DE TRATAMIENTO Y PARA HACER PÚBLICOS SUS EXPEDIENTES MÉDICOS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Al firmar este formulario yo confirmo que deseo cambiar a mi médico de tratamiento, y doy mi autorización para que mi médico de tratamiento actual proporcione los expedientes relacionados con mi reclamación de compensación para trabajadores al médico de tratamiento que estoy solicitando. | Para Uso Exclusivo de TDI-DWC |
| 29. Firma del Empleado (requerido) | |
| 30 Fecha | |

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



Preguntas Frecuentes

Solicitud del Empleado para Cambiar de Médico de Tratamiento

Para uso **EXCLUSIVO** de los Empleados que **NO** Participan en las Redes de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores o en Ciertos Planes de Salud de Subdivisiones Políticas

¿Quién puede usar este formulario para cambiar de médico de tratamiento?

Solamente un empleado lesionado (a) que es té cubierto por el sistema de compensación para trabajadores de Texas; (b) que tenga una reclamación con fecha de lesión o exposición en o después del 1º de enero de 1991; (c) que **no** sea parte de una red certificada de servicios médicos de compensación para trabajadores (red); y (d) cuya reclamación **no** incluya beneficios médicos que sean proporcionados mediante una subdivisión política (plan de salud de una subdivisión política) según §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 fondos de beneficios de salud, pueden usar este formulario para solicitar un médico de tratamiento.

NOTE: Si usted pertenece a una red, descrita en (c) en la parte de arriba o pertenece a un plan de salud descrito en (d) en la parte de arriba, comuníquese con la red o con el plan de salud y siga los procedimientos de ellos para cambiar a su médico de tratamiento. Si no sabe si pertenece a una red o a este tipo de plan de salud comuníquese con su ajustador de seguros de compensación para trabajadores.

¿Bajo qué circunstancias se me es requerido presentar el Formulario DWC-053?

Usted debe presentar el Formulario DWC-053 para **solicitar la aprobación del 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) **antes de recibir los servicios** por parte un nuevo médico de tratamiento si usted no está satisfecho con la elección inicial de médico de tratamiento por una razón válida incluyendo, mas no limitándose a una de las siguientes:

- usted cree que el tratamiento proporcionado por su médico de tratamiento actual es médicamente inapropiado;
- usted cree no estar recibiendo la atención médica apropiada para poder alcanzar el mejoramiento máximo médico (maximum medical improvement, por su nombre en inglés);
- usted está preocupado por la reputación profesional de su médico de tratamiento actual;
- existe un conflicto entre usted y su médico de tratamiento actual, de tal manera que la relación de médico-paciente está en peligro o ha sido dañada;
- su médico de tratamiento actual opta por no coordinar su atención médica debido a problemas de comunicación entre su médico y la aseguradora sobre el procesamiento de sus facturas médicas. Proporcione documentación de su médico de tratamiento actual, si es que está disponible.

Usted **no** puede solicitar un cambio de médico de tratamiento para obtener un nuevo porcentaje de impedimento de cuerpo entero (impairment rating, por su nombre en inglés) o para obtener un reporte médico.

AVISO IMPORTANTE: Si no obtiene la aprobación de TDI-DWC antes de recibir el tratamiento por parte del nuevo médico de tratamiento, usted podría ser responsable de pagar por el costo del tratamiento y la aseguradora podría ser relevada de su responsabilidad para pagar. Para obtener la aprobación de TDI-DWC, usted debe presentar el Formulario DWC-053, a menos que un cambio inmediato de médico de tratamiento sea médicamente necesario. En este caso, usted puede comunicarse por teléfono con la oficina local de TDI-DWC que está manejando su reclamación para obtener una aprobación verbal.

También debe presentar el Formulario DWC-053 para **inmediatamente notificar a TDI-DWC** si usted cambia de médico de tratamiento debido a que:

- usted se mudó o se cambió de residencia; o
- su médico de tratamiento actual no está disponible o no puede proporcionarle atención médica, o se ha jubilado o ha muerto. Proporcione documentación de la oficina del médico, si es que está disponible.

¿Por qué es necesaria la firma del nuevo médico de tratamiento?

Usted debe confirmar que el médico que ha solicitado le atenderá, comunicándose con la oficina del médico que ha solicitado, describiendo su lesión y preguntando si el médico está aceptando a nuevos pacientes de compensación para trabajadores. Para verificar que el médico está de acuerdo en atenderle, usted **debe** pedirle al médico que firme el Formulario DWC-053 en la Casilla 27. El médico de tratamiento debe ser un médico según lo definido en el Código Laboral de Texas §401.011. Una persona que no es un médico graduado, tal como un practicante de enfermería o un asistente médico, no pueden ejercer como médico de tratamiento.

¿Dónde puedo presentar el Formulario DWC-053?

Usted puede presentar el formulario y cualquier documentación pertinente a TDI-DWC por medio de:

- fax al (512)804-4378; o
- correo postal a Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, 7551 Metro Center Drive, Suite 100, MS-94, Austin, Texas 78744-1645.

¿Qué es lo que hace TDI-DWC?

Dentro de 10 días de haber recibido el Formulario DWC-053, el cual ha sido firmado, TDI-DWC revisará y procesará la solicitud.

- Si la solicitud es aprobada, TDI-DWC emitirá una orden de aprobación (approval order, por su nombre en inglés) y enviará una copia al empleado lesionado, representante del empleado lesionado (si es que lo hay), aseguradora, médico de tratamiento anterior, y al médico de tratamiento que acaba de ser aprobado.
- Si la solicitud es denegada, TDI-DWC emitirá una carta de rechazo (denial order, por su nombre en inglés) y enviará una copia al empleado lesionado, representante del empleado lesionado (si es que lo hay), aseguradora, y al médico de tratamiento que fue solicitado.

NOTA: Si no está de acuerdo con la decisión de TDI-DWC, usted debe disputar la decisión dentro de 10 días, a partir de la fecha en que recibió la orden. Comuníquese con la oficina local de TDI-DWC que está manejando la reclamación al teléfono 1-800-252-7031 para obtener más información sobre el proceso de disputas. La aseguradora también tiene el derecho a disputar la decisión.