



Texas Department Of Insurance

Division of Workers' Compensation

Records Processing, MS-93

7551 Metro Center Drive, Suite 100

Austin, Texas 78744

(800) 252-7031 • (512) 804-4346 fax www.tdi.state.tx.us

No. de reclamo de DWC

No. de reclamo de la compañía de seguros

<- Envíe el formulario completo a esta dirección.

SOLICITUD PARA EXTENSIÓN DE MEJORAMIENTO MÁXIMO MÉDICO POR CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL (Formulario DWC-57S)

Según el Código Laboral de Texas, Sección 408.104 y el Reglamento 126.11, la aplicación es hecha por la presente para extender la fecha del mejoramiento máximo médico (MMI, por sus siglas en inglés) que ha sido establecida.

1. Nombre del Empleado			2. Número de Seguro Social del empleado (últimos 4 dígitos) xxx-xx-	
3. Dirección (calle o apartado postal)			4. Fecha de la lesión	
Ciudad	Estado	Código Postal	5. Número de teléfono	
6. Empleador			7. Nombre de la compañía de seguros	
8. Fecha en que la cirugía de la columna vertebral fue aprobada _____ (mes/ día/ año).				
9. Fecha programada para realizar la cirugía de la columna vertebral _____ (mes/ día/ año).				
10. He enviado una copia de este formulario a <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros <input type="checkbox"/> Empleado Lesionado <input type="checkbox"/> Representante del Empleado Lesionado el día _____ (mes/día/año), el mismo día que lo envié a DWC. He cumplido con el Reglamento de Compensación para Trabajadores 126.11(c) y (f) de la División a como se especifica en las instrucciones al reverso de este formulario.				
AVISO: Las copias son requeridas por el Reglamento 126.11(d) de la División.				
Firma del Solicitante _____ (Empleado o Aseguradora)			Número de Teléfono _____	
Nombre en letra de molde / Título _____			Fecha _____	

ORDEN DE LA DIVISIÓN

APROBADO – Según la Sección 408.104 y el Reglamento de Compensación para Trabajadores 126.11 y basado en la fecha de adquisición de beneficios de _____, la División ha extendido la fecha establecida de mejoramiento máximo médico a _____ semanas. Basado en esta extensión, el mejoramiento máximo médico establecido será alcanzado en: _____.

NEGADO – Por la(s) siguiente razón(es):

- La fecha de la lesión es antes del 1º de enero de 1998.
- La solicitud fue recibida antes de las 12 semanas del mejoramiento máximo médico establecido.
- La solicitud fue recibida más de 110 semanas de la fecha en que los beneficios empezaron a acumularse.
- La solicitud no fue proporcionada al médico tratante o al Cirujano antes de haberla entregado.
- La fecha de recibo de la solicitud es menos de 15 días de la fecha en que se proporcionó al médico tratante/ Cirujano.
- La cirugía de la columna vertebral no fue llevada a cabo o aprobada entre 92-104 semanas, a partir de la fecha en que se empezaron a acumular beneficios.
- Existe una extensión de más de 104 semanas actualmente aprobada.
- Mejoramiento máximo médico en disputa.
- Se le ha certificado un mejoramiento máximo médico al empleado lesionado.
- Otro _____

Firma autorizada del personal de DWC _____ Teléfono _____

Nombre en letra de molde y título _____ Date _____

El empleado lesionado, su representante o compañía de seguros puede disputar la aprobación, negativa o longitud de la extensión al solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios a no más tardar de 10 días a partir de la fecha en que esta orden es recibida.



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DWC-57
(SOLICITUD PARA EXTENSIÓN DE MEJORAMIENTO MÁXIMO MÉDICO POR CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL)

Cuando un empleado lesionado, su representante o la compañía de seguros solicita una extensión para establecer el mejoramiento máximo médico para una cirugía de la columna vertebral, el o ella debe completar el Formulario DWC-57, Solicitud para Extensión de Mejoramiento Máximo Médico por Cirugía de la Columna Vertebral, y someterla con la oficina local de la División que está manejando el reclamo.

Requisitos del Reglamento 126.11(c) y (f):

Antes de entregar el formulario, el solicitante debe pedir la siguiente información al médico tratante o al cirujano:

- (1) fechas típicas de recuperación en procedimientos específicos de cirugías de la columna vertebral
- (2) la fecha pronosticada e información referente a cuando se encontrará médicamente estable la condición
- (3) información específica del caso con referencia a cualquier circunstancia atenuante que haya resultado en discrepancias de los protocolos conservadores de tratamiento y marcos de tiempo que pueden impactar las fechas de recuperación
- (4) información proveniente de cualquier fuente con respecto a retrasos intencionales o no intencionales para asegurar la cirugía o tratamiento médico
- (5) cualquier disputa pendiente o sin resolver con respecto al mejoramiento máximo médico
- (6) información proporcionada por la compañía de seguros, empleado lesionado o representante del empleado lesionado (si es que lo hay) con respecto a la extensión solicitada

La solicitud también debe ser enviada al empleado lesionado, el representante del empleado lesionado, y a la compañía de seguros por correo de primera clase, el mismo día en que se envíe al médico tratante actual o cirujano.

La División, aprobará o negará la solicitud después de revisar la documentación. En caso de ser aprobada, la orden mostrará el número de semanas que el mejoramiento máximo médico ha sido extendido y la fecha en que terminará esta extensión. Si es negado, la orden informará la(s) razón(es). Una copia de esta orden será enviada a la compañía de seguros, el empleado lesionado y el representante del empleado lesionado, si es que lo hay.

Si la compañía de seguros o el empleado lesionado no están de acuerdo con la decisión de esta orden, cualquiera de los participantes puede solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios. Es requerido que la compañía de seguros y el representante del empleado, si es que lo hay, usen el Formulario DWC-45, Solicitud para una Conferencia para Revisión de Beneficios. Un empleado sin representación puede solicitar una conferencia comunicándose con la División de cualquier manera.