



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

Si desea hablar con alguien sobre este formulario o sobre su reclamación, llame al ajustador de su aseguradora al número de teléfono que aparece en la Casilla 15 de la Sección III.

Llene esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Examen Médico Requerido (Required Medical Examination –RME, por su nombre y siglas en inglés) – Solicitud para un Acuerdo / Solicitud para una Orden

I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/ABOGADO DEL EMPLEADO

1. Nombre del Empleado (Nombre, Inicial, Apellido)		2. Número de Seguro Social del Empleado	
3. Dirección del Empleado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)			
4. Número de Teléfono del Empleado ()	5. Número Alterno de Teléfono (si es que cuenta con uno) ()	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. E-mail del Ajustador	15. Número de Teléfono del Ajustador () ext.	16. Número de Fax del Ajustador ()	17. Número de Licencia del Ajustador

SOLICITUD PARA RME: EVALUACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DEL MÉDICO DESIGNADO (Complete las Secciones IV, V y VI)

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL EXAMEN

18. Nombre del Médico que Llevó a Cabo el RME	19. Dirección del Médico que Llevó a Cabo el RME (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	20. Número de Licencia del Médico que Llevó a Cabo el RME
21. Número de Teléfono del Médico que Llevó a Cabo el RME ()	22. Lugar Donde se Lleva a Cabo el RME (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	23. Fecha y Hora de la Cita
24. ¿Incluye la reclamación beneficios médicos que son proporcionados mediante una Red Certificada de Servicios de Salud (Certified Health Care Network, por su nombre en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre de la red.		
25. ¿Incluye la reclamación beneficios médicos que son proporcionados mediante una subdivisión política, según la Sección §504.053(b)(2) del Código Laboral de Texas, referente a directamente contratar a proveedores de servicios médicos u obtener contratos mediante un fondo de beneficios de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre del plan de salud.		
26. ¿Está a más de 75 millas de distancia la dirección del empleado (Casilla 3) y la locación en donde se llevará a cabo el examen (Casilla 22)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", explique el porqué se le es requerido al empleado viajar más de 75 millas para que se lleve a cabo el examen.		

V. PROPÓSITO DEL EXAMEN

27. Nombre del Médico Designado	28. Fecha del Examen con el Médico Designado
29. Asuntos en el reporte del médico designado que deben ser tratados en el RME que ha sido solicitado. Marque todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Mejoramiento Máximo Médico (Maximum Medical Improvement) <input type="checkbox"/> Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero (Impairment Rating) <input type="checkbox"/> Grado de extensión de la lesión compensable (Extent of compensable injury) <input type="checkbox"/> Si la incapacidad es el resultado directo de la lesión relacionada con el trabajo	<input type="checkbox"/> Habilidad para regresar a trabajar (Formulario DWC-073) <input type="checkbox"/> Habilidad para regresar a trabajar después del segundo aniversario de tener derecho a recibir los beneficios de ingresos suplementarios (Código Laboral de Texas, Sección 408.151) <input type="checkbox"/> Otro (explique)

VI. CERTIFICACIÓN DE LA ASEGURADORA

30. Yo por la presente certifico que:		Para Uso Exclusivo de TDI-DWC
<ul style="list-style-type: none"> Esta solicitud está completa y correcta. La aseguradora pagará los gastos razonables relacionados con el examen del empleado lesionado. El médico seleccionado no tiene una asociación que lo descalifique (disqualifying association, por su nombre en inglés). Si la reclamación incluye beneficios médicos, los cuales son proporcionados mediante una subdivisión política, según la Sección §504.053(b) del Código Laboral de Texas, este RME es necesario para resolver un asunto relacionado con el derecho a recibir o a la cantidad de los beneficios de ingresos a como es requerido por la Sección §504.053(c)(1) del Código Laboral de Texas. Estoy autorizado para actuar en nombre de la aseguradora. 		
Entiendo que hacer una declaración falsa sobre una reclamación de compensación para trabajadores puede resultar en la imposición de medidas de cumplimiento, incluyendo sanciones administrativas y multas.		
31. Firma del Ajustador o Representante Autorizado de la Aseguradora	34. Fecha	
32. Nombre en Letra de Molde del Ajustador o Representante Autorizado de la Aseguradora		
33. Título del Ajustador o Representante Autorizado de la Aseguradora		



SOLICITUD PARA OBTENER UN RME: PARA DETERMINAR SI EL CUIDADO MÉDICO QUE SE RECIBIÓ FUE EL APROPIADO (Complete las Secciones VII y VIII)

VII. INFORMACIÓN SOBRE EL EXAMEN

35. Nombre del médico que llevó a cabo el RME	36. Dirección del médico que llevó a cabo el RME (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	37. Número de Licencia del médico que llevó a cabo el RME
38. Número de Teléfono del médico que llevó a cabo el RME ()	39. Lugar Donde se Lleva a Cabo el RME (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	40. Fecha y Hora de la Cita
41. Fecha del Examen Anterior	42. Nombre del Médico que Examinó Anteriormente	
43. Si se mencionan diferentes médicos en las Casillas 35 y 42, explique las razones por las cuales se solicitó un médico diferente.		
44. ¿Incluye la reclamación beneficios médicos, los cuales son proporcionados por una Red Certificada de Servicios de Salud (Certified Health Care Network, por su nombre en inglés)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Si", proporcione el nombre de la red.		
45. ¿Incluye la reclamación beneficios médicos que son proporcionados mediante una subdivisión política, según la Sección §504.053(b)(2) del Código Laboral de Texas, en relación a directamente contratar a proveedores de servicios médicos u obtener contratos mediante un fondo de beneficios de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Si", proporcione el nombre del plan de salud.		
46. ¿Está a más de 75 millas de distancia la dirección del empleado (Casilla 3) y la locación en dónde se llevará a cabo el examen (Casilla 39)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Si", explique el porqué se le es requerido al empleado viajar más de 75 millas para que se lleve a cabo el examen.		

VIII. CERTIFICACIÓN DE LA ASEGURADORA

47. Yo por la presente certifico lo siguiente:

- Esta solicitud está completa y correcta.
- He llegado a un acuerdo con el empleado lesionado o he tratado de llegar a un acuerdo con el empleado lesionado para que se realice el examen bajo el Código Laboral de Texas, Sección §408.004 (Pertinencia del Examen de Salud – Appropriateness of Health Care Examination, por su nombre en inglés) de la siguiente manera:

Marque SOLAMENTE UNA casilla en la parte de abajo, la cual sea aplicable a su situación y que proporcione la fecha(s) según lo indicado en cada casilla:

El empleado lesionado/abogado notificó a la aseguradora sobre el acuerdo para extender el examen por parte del médico de la aseguradora en (mm/dd/aaaa) _____

El empleado lesionado /abogado notificó a la aseguradora que no está de acuerdo en asistir al examen por parte del médico de la aseguradora en (mm/dd/aaaa) _____

Se le envió al empleado lesionado/abogado en (mm/dd/aaaa) _____ y no se ha recibido una respuesta hasta la fecha de (mm/dd/aaaa) _____

- La aseguradora pagará los gastos razonables relacionados con el examen del empleado lesionado.
- El médico que ha sido seleccionado no cuenta con una asociación que lo descalifique.
- Estoy autorizado para actuar en nombre de la aseguradora.

Entiendo que hacer una declaración falsa sobre una reclamación de compensación para trabajadores puede resultar en la imposición de medidas de cumplimiento, incluyendo sanciones administrativas y multas.

48. Firma del Ajustador o Representante Autorizado de la Aseguradora	49. Fecha
50. Nombre en Letra de Molde del Ajustador o Representante Autorizado de la Aseguradora	51. Título de la Persona que Firma este Documento

IX. ACUERDO/DESACUERDO POR PARTE DEL EMPLEADO LESIONADO

52. Complete esta sección y regrese una copia de este formulario a la aseguradora, SOLAMENTE si se completó la Sección VII en la parte de arriba.

Estoy de Acuerdo No Estoy de Acuerdo - en asistir al examen que ha sido solicitado para determinar si los cuidados de salud que recibí fueron los apropiados.

NOTA: Si usted está de acuerdo, debe asistir al examen a la hora y en el lugar que ha sido programado. Si no está de acuerdo, la aseguradora presentará la solicitud ante TDI-DWC para su revisión. Si la solicitud es aprobada, se emitirá una orden para que usted se presente y se lleve a cabo el examen.

53. Firma del Empleado Lesionado o Abogado/Representante del Empleado Lesionado	Para Uso Exclusivo de TDI-DWC
54. Nombre en Letra de Molde del Empleado Lesionado o Abogado/Representante del Empleado Lesionado	
55. Fecha	

NOTE: 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, Secciones §§552.021 y 552.023); y solicitar que TDI-DWC corrija la información que está incorrecta (Código Gubernamental, Sección §559.004).



Información para el Empleado Lesionado

¿Con qué propósito se puede solicitar un Examen Médico Requerido?

El Formulario DWC-022, *Examen Médico Requerido (Required Medical Examination –RME, por su nombre y siglas en inglés) – Solicitud para un Acuerdo / Solicitud para una Orden*, es una solicitud por parte de la aseguradora para que usted sea examinado por un médico que es seleccionado por la aseguradora. Este examen es llamado Examen Médico Requerido o RME.

- **Solicitud para una Orden (Evaluación de la Determinación del Médico Designado):** Si usted ha sido examinado por un médico designado, la aseguradora puede pedirle a TDI-DWC que ordene que usted asista a un RME para tratar el mismo asunto(s) que trató el examen del médico designado.
- **Solicitud para un Acuerdo/Orden (Para Determinar si el Cuidado Médico que se Recibió fue el Apropriado):** La aseguradora puede usar el formulario para solicitar que usted esté de acuerdo para acudir al RME para determinar si los servicios de salud que usted recibió fueron los apropiados. Usted cuenta con 15 días a partir de la fecha en que la aseguradora envió la solicitud para completar la *Sección IX. ACUERDO/DESACUERDO POR PARTE DEL EMPLEADO LESIONADO* y regresar el formulario a la aseguradora. Guarde una copia para su propio archivo. Si usted no está de acuerdo en asistir al RME, la aseguradora puede pedirle a TDI-DWC que ordene que usted asista.

Excepción para las Reclamaciones Dentro de la Red: Si usted recibió beneficios médicos mediante una red certificada de servicios médicos de compensación para trabajadores la aseguradora **no** está autorizada para solicitar un RME para determinar si el cuidado médico que se recibió fue el apropiado.

Excepción para Ciertas Reclamaciones de Subdivisiones Políticas: Si usted recibió beneficios médicos mediante una subdivisión política, según la Sección §504.053(b)(2) del Código Laboral de Texas, en relación a directamente contratar a proveedores de servicios médicos u obtener contratos mediante un fondo de beneficios de salud, la aseguradora **no** está autorizada para solicitar un RME a menos que el RME sea necesario para resolver un asunto relacionado con el derecho a recibir o la cantidad de los beneficios de ingresos.

¿Con qué frecuencia se puede llevar a cabo un Examen Médico Requerido?

Un RME para determinar si el cuidado médico que se recibió fue el apropiado no puede llevarse a cabo más de una vez cada 180 días. Los exámenes para evaluar la determinación de un médico designado pueden llevarse a cabo con más frecuencia. Después que usted ha recibido Beneficios de Ingresos Suplementarios por ocho trimestres, un RME para evaluar la determinación del médico designado en relación a su habilidad para regresar al trabajo, no puede llevarse a cabo más de una vez por año.

¿Qué es lo que hará TDI-DWC?

Dentro de 7 días de haber recibido la solicitud por parte de la aseguradora para que se lleve a cabo un RME, TDI-DWC aprobará o denegará la solicitud.

Si TDI-DWC **aprueba** la solicitud por parte de la aseguradora o si usted está de acuerdo en asistir al RME, TDI-DWC emitirá una orden requiriendo que usted asista a dicho examen.

NOTA: Si la solicitud es aprobada, y usted no asiste a la cita que ha sido programada para que se lleve a cabo el RME, puede ser considerado como una falta administrativa y resultar en la suspensión de sus beneficios de ingresos temporales, si es que aplica. Usted puede solicitar que su médico de tratamiento asista al RME.

Si TDI-DWC ha **denegado** la solicitud de la aseguradora, usted recibirá una copia de la orden de rechazo (denial order, por su nombre en inglés). En este caso, no se requerirá que usted asista al RME.

¿Puede volver a programarse la cita para el RME?

Si usted no puede asistir al RME, debe comunicarse a la oficina del médico para volver a programar el examen con al menos 24 horas de anticipación. La cita que ha sido reprogramada, debe ser hecha a no más tardar de 7 días después de la fecha de la cita original, a menos que usted y el médico estén de acuerdo en otra fecha que no sea de más de 30 días después de la fecha en que se fijó el examen original.

Preguntas / Información Sobre el Reembolso de Gastos por Viaje

Si usted tiene alguna pregunta respecto a este formulario o si necesita solicitar una adaptación especial bajo el Título II de la Ley de Derechos para Americanos con Incapacidades (Title II of the Americans with Disabilities Act –ADA, por su nombre y siglas en inglés) o si necesita información sobre los reembolsos de los gastos por viaje, comuníquese con TDI-DWC llamando al 1-800-252-7031. Para solicitar un reembolso de gastos por viaje, usted debe usar el Formulario DWC-048, *Solicitud de Reembolso de Gastos por Viaje*, el cual está disponible en <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20numeric.html>.

Instructions for the Insurance Carrier / Instrucciones para la Aseguradora**RME regarding Evaluation of Designated Doctor Determination**

- After completing sections I, II, and III, complete sections IV, V and VI regarding an Evaluation of Designated Doctor Determination RME.
- Check the applicable box(es) in Section V, Box 29 to describe the reason(s) for the examination.
- Fax the request to the TDI-DWC at (512) 804-4378.

RME regarding Appropriateness of Health Care Received

- After completing sections I, II, and III, complete section VII regarding an Appropriateness of Health Care Received RME.
- Attempt to obtain agreement by sending the form to the injured employee and the injured employee's attorney or representative, if any.
- Upon obtaining the employee's answer in writing or by telephone or after 15 days with no response, complete section VIII. In this section you must indicate whether the injured employee agreed, refused to agree, or failed to respond to the request.
- Fax the request to the TDI-DWC at (512) 804-4378.