



**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 un examen médico requerido (required medical examination -RME, por su nombre y siglas en inglés)

### Sección 1: Información de la reclamación

#### Parte 1: Información sobre el empleado

<b>1. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>2. Número de Seguro Social</b> (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-
<b>3. Número de teléfono</b>	<b>4. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
<b>5. Fecha de la lesión</b> (mm/dd/aaaa)	<b>6. Nombre del representante</b> (si es que lo hay)
<b>7. Número de teléfono del representante</b>	<b>8. Dirección del representante</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

#### Parte 2: Información sobre la aseguradora

<b>9. Nombre</b>	<b>10. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
<b>11. Nombre del ajustador</b> (nombre, apellido)	<b>12. Correo electrónico del ajustador</b>
<b>13. Número de teléfono del ajustador</b>	<b>14. Nombre de la compañía del agente autorizado</b>
<b>15. Número de fax del ajustador</b>	<b>16. Número de teléfono del agente autorizado</b>
<b>17. ¿Incluye esta reclamación beneficios médicos que son proporcionados por una red certificada de servicios de salud (certified health care network, por su nombre en inglés)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la red.	
<b>18. ¿Incluye esta reclamación beneficios médicos que son proporcionados por una subdivisión política, según lo dispuesto en la Sección 504.053 del Código Laboral?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del plan de salud.	

### Sección 2: Información sobre el examen

<b>19. Nombre del médico</b>	<b>20. Número de licencia del médico</b>
<b>21. Número de teléfono del médico</b>	<b>22. Fecha y hora de la cita</b> (mm/dd/aaaa)
Nombre del empleado:	
No. de reclamación de DWC:	Para uso exclusivo de DWC

**23. Lugar donde se lleva a cabo el examen** (calle, ciudad, estado, código postal)

**24. ¿Está el lugar donde se llevará a cabo el examen a más de 75 millas de distancia de la dirección del empleado?**  Sí  No Si la respuesta es sí, explique por qué es requerido que el empleado viaje.

**Sección 3: Propósito del examen (Complete solamente la Parte 1 o la Parte 2)**

**Parte 1: Asuntos que fueron previamente identificados por un médico designado**

(Marque todos los que apliquen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mejoramiento máximo médico                 | <input type="checkbox"/> Regreso al trabajo   |
| <input type="checkbox"/> Porcentaje de impedimento de cuerpo entero | <input type="checkbox"/> Regreso al trabajo (beneficios de ingresos suplementarios) |
| <input type="checkbox"/> Grado de extensión de la lesión            | <input type="checkbox"/> Otros asuntos similares                                    |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad – resultado directo            |   |

**Parte 2: Aptitud de los cuidados de salud**

**25. Fecha del examen anterior** (si es que lo hay) (mm/dd/aaaa)

**26. ¿Está usted solicitando que el empleado vea a un médico diferente al que realizó el examen anterior?**  Sí  No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del médico y la razón por la que se usa un médico diferente.

**27. Recibo del acuerdo del empleado para un examen, según lo dispuesto en la Sección 126.5(e) del Código Administrativo de Texas No. 28.** (Marque solo una casilla y proporcione las fechas).

- El empleado o el representante notificó a la aseguradora y está de acuerdo en asistir al examen en (mm/dd/aaaa) .
- El empleado o el representante notificó a la aseguradora y no está de acuerdo en asistir al examen en (mm/dd/aaaa) .
- La aseguradora envió este formulario al empleado o al representante en (mm/dd/aaaa) y no se recibió una respuesta hasta la fecha de (mm/dd/aaaa) .

**28. Acuerdo del empleado para asistir al examen requerido**  Estoy de acuerdo  No estoy de acuerdo

**Nota:** Si el empleado está de acuerdo, debe de asistir al examen a la hora y en el lugar que ha sido programado. Si el empleado no está de acuerdo, la aseguradora presentará la solicitud para un RME ante DWC para su revisión. Si DWC aprueba la solicitud, DWC emitirá una orden para que el empleado asista al examen, según lo dispuesto en la Sección 408.004 del Código Laboral de Texas.

**Firma**

**Fecha**

**Sección 4: Certifique con su firma**

**29.** Yo certifico que esta solicitud está completa y es correcta. El médico mencionado no tiene una asociación que lo descalifique y yo estoy autorizado para actuar en nombre de la aseguradora.

**Firma**

**Fecha**

**30. Nombre en letra de molde**

**31. Puesto de trabajo**

Nombre del empleado:

No. de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

## Preguntas Frecuentes

### Solicitud para un examen médico requerido (required medical examination -RME, por su nombre y siglas en inglés)

#### ¿Por qué podría la aseguradora solicitar un RME?

La aseguradora puede solicitar este examen para:

- **Asuntos que fueron ordenados para ser identificados en el reporte del médico designado:** Pueden pedirle a un médico, que ellos elijan, que verifique los mismos asuntos que el médico designado y que proporcione su opinión para cada examen.
- **Determinar la aptitud de los cuidados de salud:** Pueden pedirle a un médico, que ellos elijan, que examine si los servicios de salud que recibió el empleado lesionado fueron adecuados y que proporcione una opinión. La aseguradora no puede solicitar un examen para determinar la aptitud de los cuidados de salud si la reclamación pertenece a una red de servicios médicos o a una subdivisión política.

#### ¿A dónde debe la aseguradora enviar este formulario?

- **Fax:** 512-804-4378
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation  
Claims and Customer Services, Mail Code CCS  
PO Box 12050  
Austin, TX 78711-2050

#### ¿Necesita el empleado firmar el formulario?

El empleado solamente necesita firmar el formulario cuando el propósito del RME sea para determinar la aptitud de los cuidados de salud.

#### ¿Qué es lo que hace DWC?

DWC aprobará o denegará la solicitud y enviará la orden a todos los participantes.

#### ¿Puede reprogramarse el RME?

Sí, el empleado y el médico de RME deben comunicarse entre sí 24 horas o antes de la fecha del examen para reprogramar la cita. Si el empleado no se presenta al examen, DWC puede presentar una infracción administrativa.

#### ¿Qué pasa si el empleado debe de viajar para asistir al RME?

Si el examen queda a 30 millas o más de donde vive el empleado, el empleado puede solicitarle a la aseguradora un reembolso por los gastos del viaje, utilizando el Formulario DWC-048S, *Solicitud para obtener un reembolso por gastos de viaje*, el cual se puede encontrar en [www.tdi.texas.gov/forms/formlisting.html](http://www.tdi.texas.gov/forms/formlisting.html).

#### ¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Visite [www.tdi.texas.gov/wc](http://www.tdi.texas.gov/wc) para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

**Nota:** Con pocas excepciones, a petición suya, 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); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a [DWCLegalServices@tdi.texas.gov](mailto:DWCLegalServices@tdi.texas.gov) o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).