



Complete esta información si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

## Solicitud para extender la fecha del mejoramiento máximo médico para una cirugía aprobada de la columna vertebral

### Parte 1: Información de la reclamación

<b>1. Nombre del empleado</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>2. Número de Seguro Social</b> (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-
<b>3. Fecha de la lesión</b> (mm/dd/aaaa)	<b>4. Número de teléfono del empleado</b>
<b>5. Dirección del empleado</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
<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)	
<b>9. Nombre de la aseguradora</b>	<b>10. Nombre del ajustador</b> (nombre, apellido)
<b>11. Número de teléfono del ajustador</b>	<b>12. Número de fax del ajustador</b> (opcional)
<b>13. Correo electrónico del ajustador</b> (opcional)	

### Parte 2: Información sobre el médico y la cirugía de la columna vertebral

<b>14. Fecha en la que fue aprobada la cirugía de la columna vertebral</b> (mm/dd/aaaa)	<b>15. ¿Se realizó ya la cirugía de la columna vertebral?</b> <input type="checkbox"/> Sí, la cirugía se realizó en (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No, la cirugía está programada para (mm/dd/aaaa)
<b>16. Nombre del médico de tratamiento</b>	<b>17. Número de teléfono del médico de tratamiento</b>

Nombre del empleado:

 Número de  
reclamación de DWC:


Para uso exclusivo de DWC

**18. Dirección del médico de tratamiento** (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

**19. Nombre del cirujano**

**20. Número de teléfono del cirujano**

**21. Dirección del cirujano** (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

### Parte 3: Documentación médica del médico

**22. ¿Ha proporcionado documentación médica el médico?** (Marque la casilla apropiada)

- Sí, se ha adjuntado la documentación médica del médico de tratamiento o del cirujano.
- No, la solicitud para obtener la documentación médica fue enviada al médico de tratamiento o al cirujano en \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa), y hasta la fecha de \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) la documentación médica no fue recibida.

(📎 Adjunte la documentación).

**Nota:** Consulte la página de Preguntas Frecuentes en este formulario para obtener más información sobre la documentación médica necesaria.

### Parte 4: Certifique con su firma

**23. ¿Quién está presentando esta solicitud?**

- Empleado lesionado     Representante del empleado     Aseguradora

Yo certifico que:

- La información es correcta y he enviado una copia de este formulario a los otros participantes.
- He solicitado la documentación médica y envié una copia de esta solicitud el mismo día a los otros participantes, incluyendo al representante del empleado lesionado (si es que lo hay).

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Nombre del empleado:

Número de  
reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

## Preguntas Frecuentes

### Solicitud para extender la fecha del mejoramiento máximo médico para una cirugía aprobada de la columna vertebral

#### ¿Quién puede presentar el Formulario DWC-057S?

El empleado lesionado, el representante del empleado o la aseguradora pueden presentar este formulario para una cirugía aprobada de la columna vertebral.

#### ¿Cuándo puedo presentar este formulario?

Usted puede presentar el formulario:

- no antes de 92 semanas después del inicio de los beneficios de ingresos; y
- a más tardar 110 semanas después del inicio de los beneficios de ingresos.

#### ¿Qué condiciones se deben cumplir antes de presentar este formulario?

- El empleado lesionado ha sido aprobado o ya tuvo una cirugía de la columna vertebral.
- No existen disputas pendientes o sin resolver sobre la fecha del mejoramiento máximo médico (MMI).
- El empleado lesionado no alcanzó el MMI antes de la solicitud.
- La fecha de la lesión es después del 1º de enero de 1998.

#### ¿Qué documentación médica necesito enviar con este formulario?

Una carta de un médico de tratamiento o cirujano sobre la cirugía aprobada de la columna vertebral que incluya:

- el tiempo típico de recuperación para el procedimiento de cirugía de la columna vertebral;
- la fecha pronosticada e información sobre cuándo la condición podrá estar médicamente estable;
- información sobre cualquier detalle importante que haya resultado en diferencias entre las guías de tratamiento tradicionales y los espacios de tiempo que puedan afectar los tiempos de recuperación;
- información sobre cualquier demora para obtener la cirugía o el tratamiento médico para la lesión compensable; y
- otra información relevante de la aseguradora, el empleado o el representante del empleado relacionado con la solicitud.

**Nota:** Usted puede enviar el Formulario DWC-057S sin la documentación médica al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés) si en el transcurso de 15 días usted no recibió esta información del médico de tratamiento o del cirujano.

#### ¿A dónde debo enviar este formulario?

Envíe este formulario y la documentación a DWC por fax o por correo postal:

- **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

**¿Qué es lo que hará DWC?**

DWC aprobará o denegará la solicitud. Nosotros enviaremos nuestra decisión a todos los participantes dentro de un plazo de 10 días. Si DWC aprueba la solicitud, enviaremos la orden con la nueva fecha de extensión del MMI.

**¿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).