

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

Solicitud para Extensión de la Fecha para el Mejoramiento Máximo Médico (Maximum Medical Improvement –MMI, por su nombre y siglas en inglés) por una Cirugía de la Columna Vertebral
I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO/REPRESENTANTE DEL EMPLEADO LESIONADO

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

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

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

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA/AJUSTADOR

10. Nombre de la Aseguradora		
11. Nombre del Ajustador	12. Número de Licencia del Ajustador (si es que lo sabe)	
13. Correo Electrónico del Ajustador (si es que lo sabe)	14. Número de Teléfono () ext.	15. Número de Fax ()

IV. INFORMACIÓN SOBRE LA CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

16. Nombre del Médico de Tratamiento	17. Número de Teléfono del Médico de Tratamiento ()
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)	
22. Fecha en que fue aprobada la cirugía de la columna vertebral (mm/dd/aaaa)	Para Uso Exclusivo de TDI-DWC
23. Fecha programada para la cirugía de la columna vertebral o la fecha en que se efectuó la cirugía (mm/dd/aaaa)	



V. SOLICITUD PARA UNA EXTENSIÓN DE MMI / CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

24. Marque la casilla apropiada para identificar al participante que está solicitando la extensión:

- Empleado Lesionado Representante del Empleado Lesionado Aseguradora

Según lo dispuesto en el Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) §408.104 y el Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code, por su nombre en inglés) §126.11, yo por la presente solicito una extensión de la fecha para el mejoramiento máximo médico obligatorio (statutory maximum medical improvement, por su nombre en inglés) por una cirugía de la columna vertebral y también certifico que antes de presentar este formulario ante TDI-DWC:

- a. Solicité información al médico de tratamiento o al cirujano, según lo especificado en la página 3 de este formulario.
- b. El mismo día que envié la solicitud al médico de tratamiento o al cirujano, envié una copia de la solicitud al otro participante, p. ej. a la aseguradora o al empleado lesionado/representante del empleado lesionado.
- c. Marque la casilla correspondiente y proporcione las fechas aplicables en relación a la respuesta del médico de tratamiento o cirujano.
 - La respuesta por parte del médico de tratamiento ha sido incluida.
 - La solicitud fue enviada al médico de tratamiento/cirujano en (mm/dd/aaaa) _____ y hasta el (mm/dd/aaaa) _____ no se ha recibido una respuesta.
- d. El mismo día que envié este formulario (Formulario DWC-057) a TDI-DWC, envié una copia del formulario al otro participante, p. ej. a la aseguradora o al empleado lesionado/representante del empleado lesionado.

Nombre Impreso del Solicitante _____

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Preguntas Frecuentes

Solicitud para Extensión de la Fecha para el Mejoramiento Máximo Médico (Maximum Medical Improvement –MMI, por su nombre y siglas en inglés) por una Cirugía de la Columna Vertebral (Formulario DWC-057)

¿Quién puede presentar el Formulario DWC-057?

El empleado lesionado, el representante del empleado lesionado o la aseguradora pueden presentar el Formulario DWC-057 para solicitar una extensión a la fecha para el mejoramiento máximo médico (MMI) por la cirugía de la columna vertebral. En las respuestas a las siguientes preguntas, la persona que está solicitando la extensión se conoce como “el solicitante” o “usted”.

¿Bajo qué circunstancias es apropiado presentar el Formulario DWC-057?

Es conveniente presentar el Formulario DWC-057 solamente si se han cumplido todas las siguientes condiciones:

- El empleado lesionado tuvo una cirugía de la columna vertebral o la cirugía de la columna vertebral ha sido aprobada.
- El MMI no ha sido alcanzado antes de la solicitud. “Alcanzado” significa certificado y a) no ha sido disputado, o b) si es que ha sido disputado, la disputa ha sido resuelta.
- La fecha de la lesión fue después del 1º de enero de 1998.
- El solicitante cumplió con los siguientes requisitos del Código Administrativo de Texas No. 28 §126.11(c) y (f).

Nombre del Empleado:
Número de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC



Antes de presentar la solicitud para una extensión del MMI obligatorio ante TDI-DWC, usted debe solicitar la siguiente información al médico de tratamiento o al cirujano:

- las fechas típicas de recuperación para el procedimiento específico de la cirugía de la columna vertebral;
- la fecha que ha sido pronosticada, así como la información sobre cuándo es que la condición se encontrará médicamente estable;
- información específica sobre el caso con referencia a cualquier circunstancia atenuante que posiblemente haya resultado en discrepancias de los protocolos conservadores de tratamiento y espacios de tiempo que puedan impactar las fechas de recuperación;
- información que provenga de cualquier fuente con respecto a retrasos intencionales o no intencionales para obtener la cirugía o tratamiento médico;
- cualquier disputa pendiente o sin resolver con respecto al mejoramiento máximo médico; e
- información proporcionada por la aseguradora, el empleado lesionado o el representante del empleado lesionado, si es que lo hay, con respecto a la extensión que ha sido solicitada.

El mismo día que usted envía la solicitud al médico de tratamiento o al cirujano, también debe enviar una copia de la solicitud al otro participante por medio de correo postal de primera clase, p. ej. a la aseguradora o al empleado lesionado/representante del empleado lesionado. Los reglamentos de TDI-DWC requieren que el médico de tratamiento o el cirujano le proporcionen a usted la información en el transcurso de diez días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud. Sin embargo, si usted no recibe una respuesta en el transcurso de 15 días, puede presentar el Formulario DWC-057 sin adjuntar la información.

¿Cuándo es que puedo presentar el Formulario DWC-057?

El formulario para solicitar una extensión del MMI obligatorio por una cirugía de la columna vertebral debe ser recibido por TDI-DWC:

- no antes de las 92 semanas, y
- a no más tardar de 110 semanas

después de que los beneficios de ingresos comenzaron a acumularse.

¿Cómo puedo presentar el Formulario DWC-057?

Presente el Formulario DWC-057 ante TDI-DWC:

- por medio de fax al (512) 804-4378;
- por medio de correo postal a la dirección que se muestra en la parte de arriba del formulario; o
- entregando el formulario en persona o enviándolo por medio de correo postal de primera clase a la oficina local de TDI-DWC. Las direcciones de las oficinas locales pueden encontrarse en el sitio Web de la agencia en <http://www.tdi.texas.gov/wc/dwccontacts.html#offices>.

¿Qué es lo que hará TDI-DWC?

Después de revisar la documentación, TDI-DWC aprobará o denegará la solicitud. En caso de ser aprobada, TDI-DWC emitirá una orden, la cual mostrará el número de semanas que la fecha de MMI ha sido extendida y la fecha en que terminará la extensión. En caso de que la solicitud sea denegada, la orden indicará la razón(es). Una copia de la orden será enviada a la aseguradora, al empleado lesionado y al representante del empleado lesionado, si es que lo hay.

Si la aseguradora, el empleado lesionado, o el representante del empleado lesionado no están de acuerdo con la orden, pueden solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés) presentando el Formulario DWC-045, *Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios*. Usted debe solicitar el BRC a no más tardar de 10 días a partir de la fecha en que recibe la orden.

¿Preguntas?

Si usted tiene cualquier pregunta sobre la cirugía de la columna vertebral y el mejoramiento máximo médico o si necesita ayuda para completar o determinar cuándo presentar el Formulario DWC-057, llame a la oficina local de TDI-DWC al 1-800-272-7031.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, 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 o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en <https://www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html>.