

Estado de California
DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES – UNIDAD MÉDICA
SOLICITUD PARA UN PANEL DE QME BAJO EL CÓDIGO LABORAL § 4062.1
SIN REPRESENTACIÓN

(Por favor use letra de imprenta o escriba a máquina en inglés)

Fecha de solicitud (Requerido): _____ Fecha de la lesión (Requerido): _____ Número de Reclamo (Requerido): _____

Especialidad Medica Solicitada

(Requerido):

_____ *(use sólo un código de 3 letras - pg. 3)*

Parte Solicitando *(Marque sólo una casilla):*

- Empleado Lesionado Sin Representación
 Administrador de Reclamos, o Empleador
 Abogado de la Defensa

La razón que se está solicitando el panel de QME *(Marque sólo una casilla):*

- § 4060 (examen para determinar si el reclamo es compensable)
 § 4061 (disputa sobre incapacidad o impedimento permanente)
 § 4062 Sólo el empleado lesionado (decisión sobre tratamiento médico, disputa de UR o otra razón de § 4062)
 § 4062 Sólo el administrador de reclamos (decisiones no médicas o relacionadas con UR bajo § 4062)
 § 4061 y 4062 (disputas sobre tratamiento médico e incapacidad o impedimento permanente)

Si el Administrador de Reclamos está solicitando un panel § 4062 explique la razón por la solicitud:

Conteste cada siguiente pregunta:

¿Se ha negado este reclamo? Sí No ¿Se ha aceptado alguna parte del cuerpo en este reclamo? Sí No

Si es así, indique la fecha de la negación _____

¿Indicó el aviso al empleado lesionado que el empleador solicitaba una evaluación para determinar compensabilidad? *(Adjunte una copia del aviso)* Sí No

¿La dispute es sobre un MPN : Continuidad o Transferencia de Cuidado Incapacidad Permanente, Futuro Médico, Decisión de UR Diagnóstico/Tratamiento?

Información del Empleado

Primer Nombre: _____ Primera Inicial del: _____ Apellido: _____
Segundo Nombre

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de Contacto: _____

Si usted ahora vive fuera del estado, ponga la ciudad y el código postal de su residencia en California cuando se lesionó: _____

Si nunca vivió en California, ponga el código postal de la ciudad en California donde le gustaría ser evaluado: _____

Información del Empleador y Administrador de Reclamos

Empleador: _____

Nombre del Administrador de Reclamos: _____

Nombre del Ajustador: _____

Dirección o P.O. Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Información del Panel de QME Previo (*Conteste todas que apliquen*)

¿Ha recibido antes el empleado un panel de QME? Sí No Desconocido

Si es así, ¿vio alguna vez el empleado a un QME de ese panel? Sí No Desconocido

Si es así, ¿ha sido ese reclamo finalizado o resuelto? Sí No Desconocido

Si es así, nombre del QME visto: _____ Especialidad: _____

Fecha de la lesión: _____ Partes del cuerpo _____ Fecha del Examen: _____

Número de Panel (De ser conocido): _____ ¿Está ese QME disponible ahora? Sí No Desconocido

El formulario completado debe ser enviado a:
Division of Workers' Compensation-Medical Unit
P.O. Box 71010, Oakland, Ca 94612
(510) 286-3700 or (800) 794-6900

Fecha: _____

Escriba el Nombre del Solicitante usando letras de imprenta

Firma del Empleado Lesionado

Atención: Cada empleador o administrador de reclamos que presenta este formulario para solicitar un panel de QME debe adjuntar al formulario de solicitud de panel una copia de la correspondencia y avisos requeridos enviados al empleado lesionado

Para Uso con el Formulario QME Panel Request Form 105

CÓDIGOS DE ESPECIALIDADES

MAI	Alergias e Inmunología
MDE	Dermatología
MEM	Medicina de Emergencia
MFP	Medicina Familiar
MPM	Medicina General Preventiva
MHH	Mano
MMM	Medicina Interna
MMV	Medicina Interna – Enfermedades Cardiovasculares
MME	Medicina Interna - Diabetes Endocrinología y Metabolismo Metabolism
MMG	Medicina Interna- Gastroenterología
MMH	Medicina Interna- Hematológica
MMI	Medicina Interna- Enfermedades Infecciosas
MMN	Medicina Interna- Nefrología
MMP	Medicina Interna- Enfermedades Pulmonares
MMR	Medicina Interna- Reumatología
MNB	Columna Vertebral/Espalda
MPN	Neurología
MNS	Cirugía Neurológica (<i>aparte de Columna Vertebral</i>)
MOG	Obstetricia y Ginecología
MPO	Medicina Ocupacional
MMO	Oncología- Cirugía Ortopédica, Medicina Interna o Radiología
MOP	Oftalmología
MOS	Cirugía Ortopédica (<i>aparte de Columna Vertebral o Mano</i>)
MTO	Otolaringología
MPA	Medicina de Dolor
MHA	Patología
MPR	Medicina Física y Rehabilitación
MPS	Cirugía Plástica (<i>aparte de Mano</i>)
MPD	Psiquiatría (<i>aparte de Manejo de Dolor</i>)
MSY	Cirugía (<i>aparte de Columna Vertebral o Mano</i>)
MSG	Cirugía – Enfermedades Vasculares en General
MTS	Cirugía Torácica
MTT	Toxicología
MUU	Urología

CÓDIGOS DE ESPECIALIDADES

ACA	Acupuntura
DCH	Quiropráctica
DEN	Odontología
OPT	Optometría
POD	Podiatría
PSY	Psicología
PSN	Psicología – Neuropsicología clínica

STATE OF CALIFORNIA

DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

MEDICAL UNIT

MAILING ADDRESS:

P.O. Box 71010

Oakland, CA 94612

(510) 286-3700 or (800) 794-6900

CÓMO SOLICITAR UNA EVALUACIÓN MÉDICA CALIFICADA
SI NO TIENE UN ABOGADO
(Attachment to Form 105)

Use el formulario QME Form 105 cuando hay un desacuerdo sobre alguna decisión médica u opinión del médico que lo está atendiendo o revisión de utilización. Lea estas instrucciones para saber lo que usted tiene que hacer y los límites de tiempo que tiene para hacer decisiones. Usted debió haberle dado a su empleador o al administrador de reclamos un formulario de reclamo antes de poder obtener un QME o cualquier beneficio.

Conteste en inglés todas las preguntas del formulario QME form 105, firme el formulario y envíelo a la Unidad Médica de la DWC.

La Unidad Médica de la DWC utilizará la información del formulario para emitir un "panel de QME". Un "panel de QME" es una lista de tres médicos que han sido certificados como Evaluadores Médicos Calificados ("QME"). Un médico de la lista debe ser seleccionado. El QME seleccionado hará un examen médico y escribirá un informe. Este informe de QME proporciona una segunda opinión médica independiente sobre todas las cuestiones del caso que están en disputa y no están resueltas y necesitan una opinión médica.

Cómo Obtener un Panel de OME – Envíe el formulario OME Form 105 a la Unidad Médica de la DWC

Usted, el trabajador lesionado, tendrá la primera oportunidad de elegir la especialidad de médico para realizar el examen.

Usted debe hacerlo dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que el administrador de reclamos le envíe el formulario QME Form 105. Dentro del límite de tiempo de 10 días, llene el formulario, ponga el código de tres letras para la especialidad que usted ha escogido, firme el formulario y envíelo a la Unidad Médica de la DWC. Si usted no regresa el formulario, el administrador de reclamos, en cambio, puede conseguir el derecho legal de seleccionar la especialidad del QME.

Los tres médicos en el "panel de QME" tendrán la misma especialidad. Los nombres son seleccionados al azar dentro del área geográfica general de su casa. A veces es necesario viajar lejos para ver un QME en la especialidad que usted selecciona. Su empleador debe pagar todos los gastos de transporte razonables para asistir al examen, incluso alojamiento de ser necesario. Si usted y el administrador de reclamos han hecho un acuerdo por escrito para su conveniencia de que el panel se emita en la área de su lugar de trabajo, adjunte el acuerdo por escrito incluyendo la dirección fiscal y código postal de su lugar de trabajo al formulario de solicitud de panel.

Si la Unidad Médica de la DWC no le envía a usted o a su administrador de reclamos un "panel de QME" dentro de quince (15) días laborables a partir de recibir la solicitud, usted puede seleccionar cualquier QME para realizar la evaluación. Si esto sucede, llame a su Oficial de Información y Asistencia al 1-800-736-7401 o la Unidad Médica al 1-800-794-6900. La base de datos de QME tiene todos los QMEs por especialidad y ubicación y puede ser encontrada en el Internet en <http://www.dir.ca.gov/databases/dwc/qmestartnew.asp>.

Cómo Completar el Formulario

"Fecha de Solicitud": Escriba la fecha que usted firma este formulario.

"Parte Solicitando": Marque la casilla de la persona que selecciona la especialidad de QME y firma al fondo del formulario.

Conteste las preguntas, sobre si alguna parte del reclamo ha sido aceptada, si el reclamo ha sido negado; y sobre el aviso del administrador de reclamos sobre la necesidad de obtener un informe QME, marcando la casilla que contesta cada pregunta.

Seleccionando una Razón para Solicitar el Panel de OME

Seleccione “§ 4060 (examen para determinar que su reclamo es compensable)” siempre que: 1) durante los 90 días desde que usted le dio a su empleador su formulario de reclamo, el administrador de reclamos indica que su empleador solicita un informe de QME para determinar si aceptar su reclamo o no y le pide que complete el formulario y seleccione la especialidad del QME; o

2) cuando el reclamo es negado totalmente y el administrador se ha rehusado a proveer o ha parado todos los beneficios incluyendo tratamiento médico; o 3) si el médico que lo está atendiendo escribe que su lesión no fue causada por el trabajo y usted no está de acuerdo con esa opinión. Si el administrador de reclamos ha aceptado cualquier parte del cuerpo del reclamo, seleccione una razón diferente. Si el aviso del administrador de reclamos sólo dice que el empleador no ha aceptado responsabilidad y que *puede* solicitar un panel, usted no está obligado por ley a enviar el formulario para la solicitud de un panel a la Unidad Médica. Llame al oficial de Información y Asistencia 1-800-736-7401 para hablar sobre sus opciones.

Seleccione “§ 4061 (disputa sobre la incapacidad o impedimento permanente)” si hay un desacuerdo sobre la incapacidad temporal o si usted tiene algún deterioro permanente o incapacidad permanente, o si usted no está de acuerdo con la cantidad o porcentaje de deterioro permanente o incapacidad permanente.

Seleccione “§ 4062 (sólo el empleado lesionado – decisión sobre tratamiento médico o disputa de UR u otra razón de § 4062)” si el tratamiento que el médico que lo está atendiendo ha recomendado ha sido negado, demorado o modificado basada en la decisión tomada por la revisión de utilización o el administrador de reclamos; o siempre que haya un desacuerdo sobre la cantidad o frecuencia o tipo de tratamiento que necesita ahora o que necesitará en el futuro. Seleccione esta razón también si el desacuerdo es sobre el estado de “permanente y estacionario”.

Seleccione “§ 4062 (sólo el administrador de reclamos – otras disputas que no sean sobre tratamiento o UR u otra razón bajo § 4062)” si usted es el administrador de reclamos que se ha opuesto a alguna otra determinación médica o alguna cuestión bajo el Código Laboral § 4062. Sin embargo, el administrador de reclamos que está haciendo la solicitud debe indicar la razón en la línea proporcionada. Ejemplos pueden incluir determinaciones médicas sobre nueva incapacidad adicional, elegibilidad a rehabilitación vocacional, la fecha de permanente y estacionario, la continuidad de cuidado médico o la transferencia de cuidado dentro de la MPN, que una nueva parte del cuerpo que necesita tratamiento está relacionada causalmente con la lesión reclamada.

Si usted está cubierto para tratamiento médico por una MPN y usted no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento del médico de la MPN, usted no necesita un QME. Llame al oficial de Información y Asistencia 1-800-736-7401 para hablar sobre cómo conseguir otro médico de la MPN o una segunda opinión de la MPN. Puede solicitar un panel de QME y seleccionar § 4062 para desacuerdos sobre la opinión del médico que lo está atendiendo sobre si califica para la continuidad de cuidado (cuidado por el mismo médico que lo está atendiendo después de que su médico de la MPN se ha retirado de la MPN o ha sido despedido por la MPN) o transferencia de cuidado (si su condición o tratamiento califica para que su representante de reclamos transfiera su cuidado a un médico de la MPN).

Seleccione “§§ 4061 y 4062” si actualmente hay desacuerdos sobre ambas determinaciones médicas e incapacidad permanente. El administrador de reclamos no puede seleccionar esta razón si sólo hay desacuerdos bajo § 4062 por una negación, demora o modificación de su tratamiento médico por un médico de revisión de utilización.

Lista de Panel de OME o Examen Previo

Conteste las preguntas acerca de las listas de panel de QME que usted haya recibido en el pasado. Esta información es necesaria para evitar demoras en emitir una lista de panel de QME que ahora está solicitando.

Seleccione la Especialidad Médica, Firme y Envíe el Formulario

Use la lista en el dorso del formulario QME Form 105 para seleccionar la especialidad médica. Si es necesario, solicite ayuda de su médico que lo está atendiendo para escoger la especialidad. Escriba en la parte delantera del Formulario QME Form 105 el código de 3 letras para la especialidad médica que ha seleccionado. También, firme el formulario y escriba su nombre con letras de molde debajo de la firma.

¿Qué si escojo la especialidad médica equivocada y deseo cambiar la especialidad médica?

Usted puede solicitar un cambio de especialidad médica si usted aún no ha tenido la evaluación médica y usted y el administrador de reclamos acuerdan por escrito al cambio de especialidad médica. Por favor incluya el número de panel de QME en su solicitud.

¿Qué si hay necesidad para otro informe OME en una especialidad diferente?

A veces es posible que sea necesario obtener un examen e informe adicional de un QME en una especialidad diferente. Generalmente esto ocurrirá sólo si el primer QME indica en el informe que un examen por un médico en otra especialidad es necesario, o si un Juez de Compensación de Trabajadores ordena un informe adicional, o si las partes se reúnen con el Oficial de Información y Asistencia que determina que se han cumplido con los requisitos para obtener un informe adicional.

Usted puede solicitar un cambio de especialidad médica si usted aún no ha tenido la evaluación médica y usted y el administrador de reclamos acuerdan por escrito al cambio de especialidad médica. Por favor incluya el número de panel de QME en su solicitud.

Sus derechos a un abogado

Usted tiene derecho ha ser representado por un abogado en cualquier etapa de su reclamo de compensación de trabajadores. Sin embargo, si usted haya tenido una evaluación por un QME, usted no es permitido una nueva evaluación de QME. Si usted decide ser representado por un abogado, usted puede o puede no recibir una indemnización más grande, pero a menos que usted sea determinado no ser elegible para una indemnización, los honorarios del abogado serán descontados de cualquier indemnización que usted podría recibir para beneficios de incapacidad. La decisión de ser representado por un abogado es suya para hacer, pero es voluntaria y puede no ser necesaria para que usted reciba sus beneficios.

¿Otras preguntas?

Para otras preguntas acerca del proceso QME, por favor llame a la Unidad Médica de la DWC al 1-800-794-6900. Para preguntas generales acerca de su reclamo y beneficios de compensación de trabajadores, por favor llame al Oficial de Información y Asistencia de la División de Compensación de Trabajadores 1-800-734-7401 o vea nuestra página Web en <http://www.dir.ca.gov/dwc/InjuredWorker.htm>.