

COMPLETE ESTE FORMULARIO ESCRIBIENDO CON LETRA LEGIBLE CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA

**FORMULARIO DE SOLICITUD**

**SOLICITUD PARA REVISION POR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN INDEPENDIENTE (IRO, por sus siglas en inglés)**

Fecha del día de hoy: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Nombre del participante que solicita el IRO:**

**Relación con el paciente o empleado lesionado:  
(indique uno)**

- Uno mismo  
 Persona actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado  
 Proveedor actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado  
 Proveedor que recibió la negativa

Apellido, Nombre, Inicial

**RAZÓN POR LA SOLICITUD PARA REVISIÓN PO PARTE DE UN IRO**

¿Amenaza contra la vida esta condición?

Indique uno:

Si  No

(Esta pregunta no aplica si los servicios han sido recibidos)

¿Ha sido ordenada esta revisión por una corte?

Indique uno:

Si  No

**SERVICIOS NEGADOS**

Describa los servicios de cuidados de salud que han sido negados (incluya fechas):

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE/ EMPLEADO LESIONADO**

Número de Plan de Salud o Número de Identificación de Reclamo: \_\_\_\_\_

*(Este número es usualmente encontrado en la tarjeta de identificación del plan de salud del paciente. El número identifica al paciente con la compañía de seguros. Escriba el número de reclamo de DWC para los casos de compensación para trabajadores.)*

Fecha de nacimiento: (mes) \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre Sufijo \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**COMPLETE ESTE FORMULARIO ESCRIBIENDO CON LETRA LEGIBLE CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA**

**PROVEEDOR QUE RECIBIÓ LA NEGATIVA**

Nombre \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Impuestos Federales (Federal Tax Identification Number, por su nombre en inglés) \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR ACTUANDO EN NOMBRE DEL PACIENTE/ EMPLEADO LESIONADO (SI ES QUE APLICA)**

Nombre \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Impuestos Federales (Federal Tax Identification Number, por su nombre en inglés) \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PERSONA ACTUANDO EN NOMBRE DEL PACIENTE/ EMPLEADO LESIONADO (SI ES QUE APLICA)**

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre sufijo \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**COMPLETE ESTE FORMULARIO ESCRIBIENDO CON LETRA LEGIBLE CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA**

Usted tiene derecho a saber sobre la información que el Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés) recopila sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar o recibir copias de la información sobre usted, incluyendo información privada. TDI puede ocultar alguna información por otras razones, además de la de proteger el derecho a su privacidad.

Usted tiene el derecho a solicitar que TDI corrija información que tenga sobre usted que no es correcta. Para mayor información, por favor comuníquese con la Sección de Asesoramiento de la Agencia, División de Gestiones Legales y de Cumplimiento (Agency Counsel Section of TDI's Legal & Compliance Division, por su nombre en inglés) al teléfono (512) 475-1757. Usted también puede visitar la sección de Correcciones y Procedimientos (Corrections & Prodcures Section, por su nombre en inglés) en la página de Internet de TDI en [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)

**ENTREGA** (La entrega debe estar firmada por el paciente, o su tutor legal)

**(ESTO NO ES REQUERIDO PARA CASOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES)**

Yo, \_\_\_\_\_ (Escriba el apellido, nombre e inicial), el paciente, padre/ madre, o tutor legal del paciente (*círcule uno*), autorizo a la Organización Independiente que llevará a cabo la Revisión, la entrega de todos los expedientes médicos necesarios y otros documentos que son relevantes para la revisión, y los cuales están en posesión de un Agente para Servicios de Revisión o algún médico, hospital, u otro proveedor de cuidados de salud.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha: (mes) \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (año.) \_\_\_\_\_

**Nota: Para tratamiento por dependencia química o salud mental, por favor muestre el nombre de los proveedores para los cuales aplica esta entrega:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REGRESE ESTE FORMULARIO A:**

Nombre del Agente para Servicios de Revisión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono gratuito: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**USTED PUEDE LLAMAR AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS AL 1-888-TDI-2IRO (1-888-834-2476) PARA OBTENER INFORMACIÓN SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE EL PROCESO DE REVISIÓN INDEPENDIENTE.**