

Envíe a:
La oficina local que esta manejando el reclamo o a
 Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
 7551 Metro Center Drive, Suite 100
 Austin, Texas 78744



CLAIM # _____

Carrier's Claim # _____

NOTIFICACIÓN: Una solicitud para cambiar de médico tratante deber ser iniciada por el trabajador lesionado únicamente. No se le permitira a ninguna otra persona hacer o solicitar el cambio.

SOLICITUD DEL TRABAJADOR PARA CAMBIAR DE MÉDICO TRATANTE

Al trabajador lesionado: Usted debe obtener la aprobación de Departamento de Seguros do Texas ,División de Compensación para Trabajadores ANTES de que cambie de médico y puede que se le pida documentación. Si necesita cambiar de médico, lea la información que se encuentra al dorso de este formulario y mande el formulario a la oficina local que está manejando su reclamo. Si necesita ayuda, llame a la oficina local que está manejando su reclamo o llame al 1-800-252-7031.

1. Nombre del trabajador lesionado (apellido, nombre de pila, segundo nombre)		8. Nombre del médico que lo esta tratando actualmente (apellido, nombre de pila, inicial) y titulo				
2. Dirección (calle o apartado postal)		Direccion (calle o apartado postal)				
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono ()
3. Número de Seguro Social		4. Fecha de Lesión		9. Nombre de la empresa o negocio		Número de Teléfono ()
5. Tipo de Lesión		6. Número de Teléfono ()		Direccion (calle o apartado postal)		Ciudad Estado Código Postal
7. Ha regresado usted a trabajar <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo liviano <input type="checkbox"/> Sin trabajar		10. Nombre de la compañía de seguros				

RAZONES PARA EL CAMBIO

11. Por favor describa la(s) razon(es) por la(s) cual(es) Usted necesita cambiar de médico y **adjunte la documentación que soporte su solicitud** _____

USTED SOLICITA CAMBIAR A

12a. Yo estoy de acuerdo en servir como médico tratante y asumo toda responsabilidad como médico tratante según la Ley de Compensación para Trabajadores, el Código Laboral de Texas y cualquier otra regulación relacionada con la lesión indemnizable.

_____ Firma del nuevo médico _____ Número de Licencia Profesional _____ Fecha

12b. Nombre del nuevo médico	12c. Número de teléfono
Dirección del nuevo médico (calle o apartado postal)	12d. Título
Ciudad Estado Código Postal	

13. AUTORIZACIÓN DE DOCUMENTOS MÉDICOS RELACIONADOS CON COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES.

Por medio de la presente yo autorizó a _____ (médico actual) para que se le haga entrega de la documentación médica pertinente a mi caso de compensación para trabajadores al médico que la esta solicitando en el bloque 12a de este formulario. Todo costo asociado con la entrega de la documentación médica será gobernado por el reglamento 133.106 y 133.2(b) de Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores y será pagado por la compañía de seguros. Esta autorización cumple con la Sección 408.025, de la Ley Tejana de Compensación para Trabajadores, Código

14. Firma del empleado lesionado Fecha Date Stamp Box

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIVISIÓN

ORDEN DE LA DIVISIÓN

- Solicitud aprobada. Orden de Pago:** Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores por medio de la presenta ordena a la compañía de seguros pagar por todos los tratamientos razonables y necesarios proveyendo que el médico tratante solicitado de acuerdo con las leyes y reglamentos a menos que sea anulado por una orden subsecuente. La División por medio de la presente ordena al presente médico tratante proveer una copia completa de toda información médica al médico
- Petición negada. Razón:** _____
- Excepción.** _____

Firma autorizada del empleado de DWC	Fecha
Título	Número de teléfono ()

Copia 9 Trabajador 9 Abogado 9 Compania de seguros 9 Medico actual 9 Medico Nuevo

NOTA: Usted tiene derecho por ley de saber, revisar y corregir información que la División ha recogido en sus formularios con algunas excepciones. Para mayor información llame a la sección de archivo abierto "Open Records" al teléfono 512-804-4437.

INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO DE ESTE FORMULARIO



INFORMACIÓN PARA SOLICITUD DEL TRABAJADOR PARA CAMBIAR DE MÉDICO TRATANTE DWC FORM-53S

NOTIFICACION: Una solicitud para cambiar de médico tratante deber ser iniciada por el trabajador lesionado únicamente. No se le permitira a ninguna otra persona hacer o solicitar el cambio.

AL TRABAJADOR LESIONADO: El Código Laboral de Texas, la Ley Tejana de Compensación para Trabajadores sección 408.22 provee que un empleado puede pedir permiso para escoger a otro médico si el trabajador no esta satisfecho con el médico que escogió inicialmente. Ciertas excepciones aplican y una justificación con documentos puede ser necesaria por razones que no son excepción, vea nuestra pagina de Internet www.tdi.state.tx.us o comuníquese con la oficina local. Si existe necesidad médica para un cambio inmediato, entonces Usted debe notificar por teléfono a la oficina local que está manejando su reclamo. La falta de obtener aprobación de la División puede resultar en que Usted sea responsable por el pago del tratamiento hecho por el médico nuevo y la compañía de seguros no sera responsable por el pago. Por favor siga las instrucciones.

No se puede cambiar de médico para obtener un porcentaje de impedimento corporal o reporte médico nuevo.

DWC FORM-53S INFORMACIÓN POR BLOQUE

INFORMACIÓN REQUERIDA POR DWC

- | | | |
|------|---|---|
| 1. | Nombre del trabajador lesionado | Su nombre completo. |
| 2. | Dirección | Su dirección completa incluyendo su código postal. |
| 3. | Número de Seguro Social | Su número de seguro social. |
| 4. | Día de la lesión | Día en que ocurrió la lesión o el día en que su enfermedad ocupacional fué diagnosticada. |
| 5. | Tipo de Lesión | La(s) parte(s) del cuerpo que han sido lesionada(s). |
| 6. | Número de teléfono | Su número de teléfono completo. |
| 7. | Regreso al Trabajo | Llene la información solicitada acerca de su regreso de su estatus de regreso al trabajo. |
| 8. | Nombre y titulo del Médico Actual
dirección y teléfono | Nombre y titulo del médico que lo esta tratando actualmente (apellido, nombre de pila, inicial) dirección y teléfono. |
| 9. | Nombre y Dirección del negocio o empresa
Y teléfono | Dirección del empresario, incluyendo código postal. Y teléfono |
| 10. | Nombre de la compañía de seguros | Nombre de la Compañía de seguros que su empleador tenia cuando usted se lastimo. |
| 11. | Razones por las cuales necesita el cambio | Explique con documentación médica porque usted necesita cambiar de médico tratante. |
| 12a. | Aprobación | Firma del nuevo médico tratante y número profesional de licencia, comuníquese con la oficina del médico antes de llenar este formulario para verificar si el médico asumirá la responsabilidad de ser su médico tratante y debe conseguir su firma. |
| 12b. | Nombre y dirección del médico nuevo
letra de molde) | Escriba en letra de molde el nombre del médico que usted quiere que sea el médico (en primordialmente responsable de su cuidado médico de la lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. Se requiere la dirección del médico incluyendo el código postal. |
| 12c. | Número de teléfono | Número de teléfono de la oficina del nuevo médico tratante. |
| 12d. | Título | Título, si lo sabe, del médico nuevo. Por ejemplo M.D., Doctor de Medicina, o D.C. Doctor de Quiro practica. |
| 13. | Autorización para entregar documentación médica relacionada con compensación para trabajadores. Su firma dará autorización al médico nuevo, si es aprobado por la División, para obtener documentación médica del médico que lo esta tratando actualmente para así prevenir la duplicación innecesaria de exámenes y análisis. | |
| 14. | Firma del empleado y fecha | Firma completa y fecha. |

ORDEN DE LA DIVISIÓN

10 días desde el día en que se reciba su solicitud la oficina local enviará su respuesta en la forma de una orden. Si ésta es aprobada, el médico nuevo se convertirá en su médico tratante y la compañía de seguros pagará por el tratamiento médico que sea razonable y necesario proporcionado por el médico nuevo a menos que sea anulada por otra orden subsecuente. Si Usted no espera recibir la aprobación de la Comisión por medio de la oficina local antes de visitar al nuevo médico tratante, la compañía de seguros puede que no sea responsable por el pago de esas cuentas médicas. La compañía de seguros puede que no sea responsable por cuentas médicas si Usted no cumple con los reglamentos y regulaciones para cambiar su médico tratante.

Si Usted no está de acuerdo con la orden de la División, comuníquese con la oficina local que esta manejando su reclamo. Usted tiene 10 días desde el día en que recibió la notificación para pedir una conferencia para la revisión de beneficios. La compañía de seguros también tiene derecho a disputar la orden de la División.

**PARA MÁS INFORMACIÓN, COMUNIQUESE CON LA OFICINA LOCAL QUE ESTÁ
MANEJANDO SU RECLAMO O LLAME AL 1-800-252-7031**



DWC FORM-53S
(Solicitud del Trabajador para Cambiar de Médico Tratante)

Para poder cambiar de médico, el trabajador debe llenar el formulario DWC FORM-53S, Solicitud del Trabajador para Cambiar de Médico Tratante, y enviar o entregar el formulario a la oficina local que está manejando su reclamo. Si existe una emergencia y la necesidad de un cambio inmediato, Usted puede notificar por teléfono a la oficina local que está manejando su reclamo. Dentro de 10 días de recibir la solicitud, la oficina local aprobará o negará la petición. Si la razón por la cual se hace la solicitud para el cambio de médico cumple con el criterio establecido por la ley y reglamentos, la solicitud será aprobada por la División. Si el empleado lesionado o la compañía de seguros no están de acuerdo con la aprobación o negación de la solicitud para cambiar de médico cualquiera de los dos puede pedir una conferencia para revisión de beneficios dentro de 10 días de haber recibido la orden de la División.

El empleado debe obtener un acuerdo con el nuevo médico con el cual solicita el cambio como nuevo médico tratante antes de someter el DWC FORM-53S a la oficina local para consideración. El empleado debe firmar el DWC FOMR-53S que autoriza al médico actual a entregar toda información médica de compensación para trabajadores al nuevo médico tratante para evitar duplicaciones innecesarias de análisis y exámenes.

El formulario también dice que cuando la orden sea aprobada, la compañía de seguros sera responsable por el tratamiento médico necesario y razonable proporcionado por el médico seleccionado de acuerdo con la ley y reglamentos a menos que la decisión sea anulada por una orden subsecuente.

[Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, Section 408.022, Selection of Doctor; Section 408.023, List of Approved Doctors; Section 408.024, Noncompliance with Selection Requirements; Rule 126.8, Division approved Doctor List; Rule 126.9, Choice of Treating Doctor and Liability for Payment; Rule 133.3, Responsibilities of Treating Doctor]

