



# Texas Department Of Insurance

## Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Dr. Ste.100 • MS-603

Austin, TX 78744-1609

(800) 252-7031 (512) 804-4121 fax [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)

No. de reclamo de DWC

No. de reclamo de la aseguradora

## SOLICITUD PARA OBTENER UN MÉDICO DESIGNADO (Formulario DWC032)

*Escriba a máquina (o a mano, usando tinta negra) cada artículo en este formulario.*

### I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO

1. Nombre del empleado lesionado (Apellido, Nombre, Inicial)		2. Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	
3. Número de Seguro Social	4. Fecha de la lesión (mm-dd-aaaa)		5. Fecha del MMI obligatorio (mm-dd-aaaa)
6. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Código Postal)		7. Condado	
8. Número principal de teléfono		9. Teléfono alterno/ número de teléfono celular	
10. Número de fax		11. Dirección de e-mail	
12. Nombre del representante (si es que lo hay)			
13. Número de teléfono del representante		14. Número de fax del representante	

### II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

15. Nombre del empleador	16. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Código Postal)
--------------------------	--

### III. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO TRATANTE/ RED DE SERVICIOS MÉDICOS

17. Nombre del médico tratante y tipo de licencia		18. Número de licencia	
19. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Código Postal)		20. Número de teléfono	
21. Número de fax	22. Red de servicios médicos de compensación para trabajadores (si es que la hay)		

### IV. INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA

23. Nombre de la aseguradora		24. Nombre del ajustador (requerido para poder ser procesado)	
25. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Código Postal)		26. Dirección de e-mail del ajustador	
27. Número de teléfono y extensión del ajustador (requerido para poder ser procesado)		28. Número de fax del ajustador	

### V. OTRA INFORMACIÓN

29. Solicitante del examen			
<input type="checkbox"/> Empleado lesionado	<input type="checkbox"/> Representante del empleado lesionado	<input type="checkbox"/> Aseguradora	<input type="checkbox"/> Consejero Médico de TDI-DWC/DWC

Se aconseja que los solicitantes del examen del médico designado proporcionen una copia del Formulario DWC032 a todos los participantes cuando la solicitud original es entregada a TDI-DWC.



**VI. RAZÓN POR LA QUE SE SOMETIÓ LA SOLICITUD****\*\*AVISO PARA EL MÉDICO DESIGNADO\*\***

Describa solamente los asuntos que están marcados. No describa asuntos adicionales, al menos que específicamente se le solicite.

 **A. Mejoramiento Máximo Médico (MMI, por sus siglas en inglés)**

**Instrucciones para el solicitante:** Si está disputando una fecha de MMI previamente certificada, la siguiente información es requerida:

Fecha del MMI anterior (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Fecha en que se certificó el MMI (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Nombre del médico certificador \_\_\_\_\_  médico de RME  médico tratante

**Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado:** ¿Se ha alcanzado el MMI?; y de ser así, ¿en qué fecha? (NOTA: El MMI no puede ser mayor que el que se muestra en la casilla número 5. Esta fecha es 104 semanas después del octavo día de incapacidad.)

 **B. Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero (IR, por sus siglas en inglés)**

**Instrucciones para el solicitante:** Si está disputando una porcentaje previamente asignado, la siguiente información es requerida:

Fecha de MMI (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Fecha en que el MMI fue certificado (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ IR que fue asignado \_\_\_\_\_

Nombre del médico certificador \_\_\_\_\_  médico de RME  médico tratante

**Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado:** ¿Cuál es el porcentaje de impedimento de cuerpo entero (IR) a partir de la fecha en que el MMI fue certificado? (NOTA: Si el MMI clínico no ha sido alcanzado, legalmente es obligatorio que se asigne un IR basándose en la condición del empleado lesionado en la fecha del MMI establecido por la ley que se muestra en I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO, casilla número 5.)

 **C. Grado de Extensión de la lesión** *La siguiente información es requerida.*

**Instrucciones para el solicitante:**

1. Describa el accidente o incidente que causó la lesión que ha sido presentada.
2. Enliste todas las lesiones compensables (diagnosis, partes del cuerpo, y/o condiciones) que no están en disputa.
3. Enliste todas las lesiones en disputa (diagnosis, partes del cuerpo, y/o condiciones) que son consideradas como la causa natural del accidente o incidente.

**Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado:** ¿Fue el accidente o incidente lo que causó que la lesión compensable fuera una causa para las lesiones o condiciones adicionales que fueron reclamadas? ¿Surgieron las lesiones o condiciones reclamadas naturalmente a causa de las lesiones compensables?

 **D. Incapacidad** Solo marque esta casilla si el empleado lesionado no está trabajando o si el empleado lesionado está ganando menos de lo que ganaba antes de que sucediera la lesión. *La siguiente información es requerida.*

**Instrucciones para el solicitante:**

1. Proporcione las fechas del comienzo y terminación de los periodos de incapacidad. (Requerido)  
De \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) A \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) (si se trata de periodos múltiples, enliste todas las fechas).
2. Enliste todas las lesiones que son compensables (diagnosis, partes del cuerpo, y/o condiciones).

**Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado:** ¿Considera que la inhabilidad del empleado para desempeñar el empleo que tenía antes de que sucediera la lesión es el resultado directo de la lesión compensable?



**VI. RAZÓN POR LA QUE SE SOMETIÓ LA SOLICITUD (CONTINUACIÓN)** **E. Regreso al Trabajo**

**Instrucciones para el solicitante:** Si usted desea conocer la habilidad actual del empleado lesionado para regresar a trabajar en cualquier capacidad, la siguiente información es necesaria.

- Proporcione las fechas del comienzo y terminación de cada periodo cubierto por esta solicitud. (Opcional)  
De \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) A \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) (si se trata de múltiples periodos, enliste todas las fechas).
- Si desea ofrecer al empleado lesionado un trabajo o trabajos en específico, proporcione la(s) descripción(es) del empleo(s) que está(n) disponible(s) para el empleado lesionado. (Opcional)

**Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado:** ¿Puede el empleado lesionado regresar a trabajar en cualquier capacidad? Además, ¿qué actividades de trabajo puede desempeñar el empleado lesionado?

**F. Regreso al Trabajo para Beneficios de Ingresos Suplementarios (SIBs)** Solamente es permitido a los empleados lesionados un examen al año por parte del médico designado después del segundo aniversario de SIBs. *La siguiente información es requerida.*

**Instrucciones para el solicitante:**

- Proporcione las fechas del comienzo y terminación de cada periodo de calificación que cubre esta solicitud.  
  
De \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) A \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) (si se trata de múltiples periodos, enliste todas las fechas).
- ¿Aplican los periodos de calificación enlistados en la parte de arriba al periodo 9 (o más) de los beneficios de ingresos suplementarios?  SI  NO

**Preguntas a considerar a la hora del examen por el médico designado:** ¿Ha mejorado lo suficiente la condición médica del empleado lesionado para poder permitir que regrese a trabajar en cualquier capacidad para el periodo(s) de calificación identificado? Por favor explique.

**G. Otros Asuntos Similares.** *Los exámenes llevados a cabo por un médico designado **no pueden** ser solicitados para desarrollar planes de tratamiento o para determinar el uso apropiado del cuidado médico, o para determinar el tipo de indemnización por la lesión. Todas las preguntas deben ser contestadas.*

**Instrucciones para el solicitante:** Identifique el asunto(s) y proporcione suficientes detalles para que el médico designado pueda tratar este asunto(s). (Requerido). *Ejemplo:* Para determinar si existe una lesión que haya resultado del incidente que se ha reclamado.



**VII. INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN Y EL TRATAMIENTO:** Es requerido que TDI-DWC obtenga la siguiente información para poder seleccionar a un médico designado. Si usted tiene alguna pregunta o dificultad para proporcionar la información que es requerida, comuníquese con TDI-DWC al teléfono 800-252-7031 para obtener asistencia. Si no está seguro sobre la condición o el historial de tratamiento del empleado lesionado, comuníquese con el médico tratante.

No. de reclamo de DWC:  
 No. de reclamo de la aseguradora:

Áreas lesionadas – Marque cada área lesionada que es la (o parte de) la lesión compensable.  Nota: Cada área lesionada DEBE ser marcada, aun si NO se ha proporcionado tratamiento.	Tipos de Tratamiento General – Marque cada tipo de tratamiento recibido en cada área afectada que es parte de o que se dice ser parte de la lesión e indique si el tratamiento ha sido suspendido o discontinuado <sup>1</sup> .									
	Medicina de Rehabilitación		Medicamentos por receta		Inyecciones Terapéuticas		Cirugía		Medicina de comportamiento	
	Indique si fue proporcionado	Indique si fue suspendido	Indique si fue utilizado	Indique si fue suspendido	Indique si fue dado	Indique si fue suspendido	Indique si fue efectuado	Indique si fue dado de alta por el cirujano <sup>2</sup>	Indique si fue proporcionado	Indique si fue suspendido
<b>Lesiones Músculo Esqueléticas:</b>										
<input type="checkbox"/> Espalda y Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano y Extremidades Superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extremidades Inferiores y Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Exposiciones Ocupacionales y Lesiones:</b>										
<input type="checkbox"/> Sistema Nervioso Central(Cerebro/ prosencéfalo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Tallo Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Columna vertebral o canal raquídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Nervioso Periférico y Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Hematopoyetico (trastornos sanguíneos)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Orejas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dientes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Naríz, Garganta y Estructuras Relacionadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Digestivo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Urinario y Reproductivo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sistema Endocrino (sistema hormonal)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Piel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Enfermedades Mentales y de Comportamiento</b>										
<input type="checkbox"/> Enfermedades mentales y de comportamiento			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GENERAL CATEGORIES OF TREATMENT DEFINITIONS**

**Medicina Física** – Tratamiento no invasivo que involucra movimientos manuales de la parte corporal afectada. Esto incluye tratamientos tales como masajes, relajación miofacial, terapia física, manipulaciones, movilizaciones, acupuntura, endurecimiento de trabajo, acondicionamiento del trabajo, etc.  
**Medicamento por receta médica** – Medicamento que debe ser obtenido de un farmacéutico o del médico que recetó la medicina y el cual no puede ser obtenido sin una receta médica.  
**Inyecciones Terapéuticas** – Incluye tratamientos tales como las inyecciones epidurales y de punta de gatillo. Esto no incluye inyecciones rutinarias o menores tales como las inyecciones para el tétano, inyecciones para alergias, o intravenosas.  
**Cirugía** – Operación o tratamiento invasivo a menudo llevado a cabo en un hospital. Esto no incluye procedimientos menores tales como el tratamiento de cortaduras menores o laceraciones.  
**Medicina de Comportamiento** – Incluye tratamientos como psiquiatría, pruebas psicológicas y de asesoramiento, biorretroalimentación y disciplinas relacionadas.  
 Cada área lesionada incluye las condiciones /partes corporales/sistemas mostrados en la sección correspondiente o capítulo de la 4ta Edición de las Guías para la Evaluación de Impedimento Permanente (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, por su nombre en inglés) de la Asociación Médica Americana (AMA, American Medical Association por sus siglas y nombre en inglés). Si no quedara claro en cual hilera debe ser seleccionada cada condición, consulte las Guías del AMA para determinar cual sección contiene la metodología para valorar el impedimento de la condición. Ejemplo – las hernias aparecen bajo "Sistema Digestivo" porque es el capítulo que contiene las instrucciones para asignar una valoración de impedimento para una hernia.

**AVISO: El proporcionar información incorrecta o equivocada con respecto a esta solicitud podría causar una selección incorrecta de médico designado y puede resultar en la imposición de acciones administrativas, las cuales incluyen penalidades y multas.**

1 – El indicar que un tratamiento ha sido discontinuado NO es una declaración que tratamiento adicional de ese tipo no es necesario por razones médicas o que no va a volver a estar disponible en algún punto. Más bien, es una declaración que al momento en que se somete la solicitud para un médico designado, el empleado lesionado no está activamente recibiendo este tratamiento.  
 2 – Se considera que un cirujano ha dado de alta a un empleado lesionado después de la cirugía cuando el empleado ha cumplido con las visitas de seguimiento requeridas para verificar su recuperación. Esto no significa que el empleado lesionado ha sido dado de alta para regresar a trabajar, dado de alta de todo tratamiento médico, o haber alcanzado el mejoramiento máximo médico (MMI).



## **Instrucciones para llenar la Solicitud para Obtener un Médico Designado (Formulario DWC032)**

Para mayor información comuníquese con su oficina local de TDI-DWC al teléfono 800-252-7031.

### **¿Quién puede solicitar que sea ordenado un examen efectuado por un médico designado?**

El empleado lesionado, el representante del empleado lesionado, o la aseguradora pueden solicitar que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC, por sus siglas en inglés) ordene un examen efectuado por un médico designado. El examen efectuado por un médico designado no puede llevarse a cabo más de una vez cada 60 días. TDI-DWC puede aprobar solicitudes adicionales para que se lleve a cabo un examen dentro del periodo de 60 días si es que existe una buena causa. TDI-DWC puede también ordenar el examen por su propia cuenta.

### **¿Con qué propósitos se puede solicitar un examen efectuado por un médico designado?**

Para resolver dudas sobre:

- A. mejoramiento máximo médico;
- B. porcentaje de impedimento de cuerpo entero;
- C. grado de extensión de la lesión;
- D. si la incapacidad del empleado lesionado es el resultado directo de la lesión relacionada con el trabajo;
- E. habilidad del empleado lesionado para regresar a trabajar;
- F. regreso al trabajo y beneficios de ingresos suplementarios (SIBs, por sus siglas en inglés); o
- G. asuntos similares a los señalados arriba.

Los exámenes efectuados por un médico designado **no pueden** ser solicitados para desarrollar planes de tratamiento o para determinar el uso apropiado del cuidado médico, o para determinar la indemnización de la lesión.

### **¿Cómo debo llenar el formulario para solicitar a un médico designado?**

DWC aconseja que escriba a máquina su solicitud para obtener un médico designado (Solicitud). De ser necesario, escriba a mano claramente con tinta negra cada artículo en este formulario. Si su solicitud no está escrita claramente, será regresada a usted. **El no proporcionar la información requerida y todas las páginas (páginas 1-4) causará demoras y que su solicitud le sea regresada.** Por favor proporcione a DWC el número de reclamo en cada página y el número de reclamo de la aseguradora, si es que lo sabe (parte de arriba de la página). El proporcionar información incorrecta o equivocada con respecto a esta solicitud podría causar una selección incorrecta de médico designado y puede resultar en la imposición de sanciones administrativas, las cuales incluyen penalidades y multas. Se aconseja que usted proporcione una copia del formulario completo DWC032 a todos los participantes cuando la solicitud original es entregada a TDI-DWC.

No se aceptará documentación adjunta (PLN's, Formulario DWC69, etc.) o páginas suplementarias con su solicitud. El formulario cuenta con el espacio necesario para proporcionar la información necesaria.

**Aviso:** Una *Solicitud para Obtener un médico Designado* no puede ser entregada para presentar una disputa o para estar en desacuerdo con la evaluación del médico designado, por favor presente una solicitud para una Conferencia para Revisión de Beneficios (Formulario DWC045).

### **Página Uno**

Complete **TODA** la información. Si la información no aplica a su caso, escriba "NA" (ejemplos: los números alternos de teléfono y de fax para el empleado lesionado, pudieran no existir). **El no completar esta página puede causar que TDI-DWC le regrese su solicitud.**

Sección I. Casilla 5, Fecha del MMI obligatorio, debe ser completada si el empleado lesionado ha acumulado por lo menos 8 días de incapacidad. El MMI obligatorio es 104 semanas después del octavo día de incapacidad. Si el empleado lesionado no ha acumulado 8 días de incapacidad, escriba "NA" ya que no existe tiempo perdido.

Sección III. Si el empleado lesionado no cuenta con un médico tratante, usted puede especificar escribiendo "No Treating Doctor" (no cuento con un médico tratante) en el espacio proporcionado para escribir el nombre del médico. El dejar esta sección en blanco o el no completar toda la información causará que TDI-DWC le regrese su solicitud.

## **Página Dos**

Si usted está disputando un MMI previamente certificado y/o un IR, la casilla A y/o la casilla B deben ser completadas. El no completar la información requerida causará que TDI-DWC le regrese su solicitud.

Si el mejoramiento máximo médico (MMI) y el porcentaje de impedimento de cuerpo entero (IR) no han sido previamente certificados por un médico, la casilla B no puede ser solicitada sin la casilla A.

Casilla D – los "periodos de incapacidad" en la pregunta #1 no puede incluir una fecha futura. Usted puede escribir "present" (presente) para la fecha de terminación.

## **Página Tres**

Casilla E – los periodos cubiertos en la pregunta #1 no pueden incluir una fecha futura. Usted puede escribir "present" para la fecha de terminación. Si se está ofreciendo un trabajo o trabajos en específico, usted puede proporcionar una **breve** descripción del trabajo en el espacio proporcionado. No se aceptarán descripciones de trabajos adjuntas a la solicitud.

Casilla F – marque esta casilla para el regreso al trabajo de un empleado lesionado con derecho a recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios (SIBs, por sus siglas en inglés). Usted no puede solicitar periodos de calificación futuros.

## **Página Cuatro**

Las solicitudes no serán aceptadas sin que se complete la página cuatro (Página Principal). El proporcionar información incorrecta o equivocada con respecto a esta solicitud podría causar una selección incorrecta de médico designado y puede resultar en la imposición de sanciones administrativas, las cuales incluyen penalidades y multas.

Marque la casilla(s) que son aplicables en la parte izquierda de la página principal para cada área lesionada que es parte de o que se dice ser parte de la lesión, aun si no se ha proporcionado ningún tratamiento.

## **¿A dónde debo enviar el formulario completo?**

Envíe el formulario original y completo a TDI-DWC a la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance	o envíelo por FAX al
Division of Workers' Compensation	(512) 804-4121
Designated Doctor Scheduling Section	
7551 Metro Center Dr. Ste.100 • MS-603	
Austin, TX 78744-1609	

## **¿Qué es lo que hace TDI-DWC?**

La sección que fija las citas con los Médicos Designados de TDI-DWC (DDS, por sus siglas en inglés) revisará la solicitud para asegurarse que esté completa y correcta, y para revisar el historial del reclamo para de esta manera verificar que las razones por las que se presentó la solicitud son válidas. Si la solicitud es aprobada, DDS asignará a un médico designado capacitado para examinar al empleado lesionado. Si existe un médico designado previamente asignado al reclamo, el mismo médico será usado siempre y cuando el médico siga estando capacitado y disponible. Dentro de 10 días, después de la aprobación, TDI-DWC emitirá una orden a los participantes informándoles sobre el examen. Si se debiera regresar la solicitud, usted recibirá un Aviso de Devolución de Solicitud para un Médico Designado (*Notice of Returned Request for DD*, por su nombre en inglés) donde se le proporcionará la(s) razón(es) en específico por las que TDI-DWC no pudo procesar su solicitud.

## **¿Dónde puedo encontrar más información sobre el proceso de los médicos designados?**

Para obtener recursos que contesten preguntas comunes sobre el proceso de médicos designados visite el siguiente enlace electrónico en <http://www.tdi.state.tx.us/wc/hcprovider/dd.html>.

**AVISO:** Con algunas excepciones, usted tiene derecho de ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted. Bajo la Sección §§552.021 y 552.023 del Código Gubernamental, usted tiene derecho de recibir y revisar ésta información. Bajo la Sección §559.004 del Código Gubernamental usted tiene derecho para que TDI-DWC corrija la información sobre usted que esté incorrecta. Para mayor información, llame a la oficina local de TDI-DWC al teléfono 1-800-252-7031.