Cómo solicitar una evaluación médica calificada

Usted puede solicitar una evaluación médica:

1. Si su reclamo se demora o se niega, y usted necesita una evaluación médica, para averiguar si el reclamo es pagadero
2. Para averiguar si usted está de alguna manera incapacitado(a) permanentemente o si usted necesitará tratamiento médico en el futuro
3. Si usted no está de acuerdo con lo que el médico que le dé tratamiento diga acerca de su condición médica
4. Si usted no está de acuerdo con los resultados de la revisión de utilización (vea la hoja de información A de Unidad de I&A).

Al médico que realiza esta evaluación se le conoce como un evaluador médico calificado *(qualified medical evaluator - QME)*. Para saber más acerca de los *QMEs*, lea la hoja de información de la Unidad Médica de la División de Compensación para Trabajadores *(Division of Workers' Compensation - DWC).*

Para recibir una lista de los QMEs, de los cuales elegir, complete el formulario adjunto y envíelo por correo a la Unidad Médica de la DWC. Pídale al médico que le dé tratamiento que le ayude, si no sabe qué clase de médico debe examinar su lesión.

Además, usted podría necesitar ver a un *QME*, si la compañía de seguros no está de acuerdo con algo en su reclamo. En ese caso, la compañía de seguros le dará el formulario, para solicitar un *QME*. Cuando esto sucede, usted tiene 10 días para solicitar una lista de *QMEs* enviando el formulario a la Unidad Médica de la *DWC*. Si usted no envía el formulario en un plazo de 10 días a partir de que lo reciba, la compañía de seguros tendrá derecho a solicitar la lista de QMEs y seleccionar la clase de médico que usted consultará.

En un plazo de 15 días hábiles a partir de la solicitud, la Unidad Médica de la *DWC* le enviará a usted y a la compañía de seguros una lista (conocida también como un panel) de tres *QMEs*. Las listas de *QMEs* se seleccionan al azar y no representan a su empleador ni a la compañía de seguros.

Usted tiene 10 días, a partir de la fecha en que la lista se imprima y se envíe por correo, para seleccionar a un QME de la lista, concertar una cita, e informarle a la compañía de seguros qué médico eligió, así como la fecha de su cita. Si usted no hace esto en un plazo de 10 días, la compañía de seguros tendrá derecho a elegir al médico que usted consultará, y le concertará la cita.

Por favor, saque una copia de su solicitud para *QME* para sus archivos, y envíe su solicitud original a:

DWC Medical Unit
PO Box 71010
Oakland, CA 94612
1-800-794-6900

Si usted necesita ayuda llame a una oficina de Información y Asistencia (I&A) o asista a un taller para trabajadores lesionados. Los números telefónicos de las oficinas locales de I&A se enumeran en el reverso de esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de I&A o en la Internet en www.dir.ca.gov/dwc.

La información contenida en esta guía es de índole general y no pretende substituir asesoramiento legal. Los cambios en la ley o los datos específicos de su caso podrían resultar en interpretaciones legales distintas de las que aquí se presentan.

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92801-1162
1661 N. Raymond Ave., Suite 202
Information & Assistance Unit (**714) 738-4038**

BAKERSFIELD, 93301-1929
1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit (**661) 395-2514**

EUREKA, 95501-0481
100 "H" Street, Suite 202
Information & Assistance Unit **(707) 441-5723**

FRESNO, 93721-2280
2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit **(559) 445-5355**

GOLETA, 93117-3018
6755 Hollister Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit (**805) 968-4158**

GROVER BEACH, 93433-2261
1562 W. Grand Avenue
Information & Assistance Unit **(805) 481-3380**

LONG BEACH, 90802-4339
300 Oceangate Streets, Suite 200
Information & Assistance Unit **(562) 590-5240**

LOS ANGELES, 90013-1105
320 West 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit **(213) 576-7389**

MARINA DEL REY, CA 90292
4720 Lincoln Blvd. 2nd floor
Information & Assistance Unit **(310) 482-3858**

OAKLAND, 94612-1402
1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit **(510) 622-2861**

OXNARD, 93030
2220 East Gonzales Road, Suite 100
Information & Assistance Unit **(805) 485-3528**

POMONA, 91766-1601
732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit **(909) 623-8568**

REDDING, 96001-2796
2115 Civic Center Drive, Suite 15
Information & Assistance Unit **(530) 225-2047**

RIVERSIDE, 92501-3337
3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit (**951) 782-4347**

SACRAMENTO, 95825-2403
2424 Arden Way, Suite 230
Information & Assistance Unit (**916) 263-2741**

SALINAS, 93906-2204
1880 North Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance **(831) 443-3058**

SAN BERNARDINO, 92401-1411
464 West Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit **(909) 383-4522**

SAN DIEGO, 92108
7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit **(619) 767-2170**

SAN FRANCISCO, 94102-7002
455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit **(415) 703-5020**

SAN JOSE, 95113-1482
100 Paseo de San Antonio, Suite 241
Information & Assistance Unit **(408) 277-1292**

SANTA ANA, 92701-4070
28 Civic Center Plaza, Suite 451
Information & Assistance Unit **(714) 558-4597**

SANTA ROSA, 95404-4760
50 "D" Streets, Suite 420
Information & Assistance Unit (**707) 576-2452**

STOCKTON, 94202
31 East Channel Street, Suite 344
Information & Assistance Unit (**209) 948-7980**

VAN NUYS, 91401-3373
6150 Van Nuys Blvd., Suite 105
Information & Assistance Unit **(818) 901-5374**

Rev. 05/07

EJEMPLO

STATE OF CALIFORNIA

INDUSTRIAL MEDICAL COUNCIL

IMC FORM 106

Request for Qualified Medical Evaluator
(Please Complete Form/Type or Print)

EMPLOYEE INFORMATION

TODAY'S DATE Fecha de hoy

DATE OF INJURY (LIST ONLY ONE) (Requests without month/day/year of injury will be returned). Fecha de lesión

NAME Su nombre

ADDRESS Su domicilio

CITY, STATE, ZIP CODE Su ciudad, estado, código postal

(AREA CODE) PHONE # Su número de teléfono

If currently residing out of state, list residence at the time of injury:

CITY, ZIP CODE Si está viviendo fuera del estado de CA, ponga la dirección incluyendo la ciudad y el código postal de donde vivía al momento de la lesión

EMPLOYER INFORMATION

NAME Nombre del empleador

ADDRESS Dirección del empleador

CITY, STATE, ZIP CODE Ciudad, estado, código postal del empleador

(AREA CODE) PHONE # Número de teléfono del empleador

INSURER or CLAIMS ADMINISTRATOR INFORMATION

NAME Nombre de la persona que está administrando su reclamo

COMPANY Nombre de la compañía por cual trabaja el administrador de reclamos

ADDRESS La dirección de la compañía por cual trabaja el administrador de reclamos

CITY, STATE, ZIP CODE Ciudad, estado, código postal de la compañía por cual trabaja el administrador de reclamos

(AREA CODE) PHONE # Número de teléfono de la compañía **CLAIM NUMBER** Número de su reclamo

This Section to be Filled out by the Injured Worker <u>ONLY</u>
Please list <u>ONLY ONE</u> specialty (Insert three letter code from the back of this form)

Specialty Physician Requested: Código de especialidad

Su firma
Signature of Injured Worker

<u>PLEASE NOTE:</u> Panels will be issued in the area of the injured worker's residence. If the injured worker resides out of state the panel will be issued in the area of residence at time of injury. If due to special circumstances another city is required please attach letter of agreement from the carrier and the city and zip code being requested.

If the IMC does not issue a panel within 15 working days after this request is received by the IMC, you are entitled to select a QME of your choice. Send this completed form to:

INDUSTRIAL MEDICAL COUNCIL
Executive Medical Director
P. O. Box 8888
San Francisco, CA 94128-8888
(650) 737-2700 or (800) 794-6900
(650) 737-2707 FAX

EJEMPLO

For Use with the QME Panel Request Form

MD/DO SPECIALTY CODES

MAI Allergy and Immunology
MAA Anesthesiology
MRS Colon & Rectal Surgery
MDE Dermatology
MEM Emergency Medicine
MFP Family Practice - MD
OFP Family Practice - DO
OFM Family Practice - DO - Including Osteopathic Manipulation
MPM General Preventive Medicine
MOH Hand - Orthopaedic Surgery
MPH Hand - Plastic Surgery
MSH Hand - Surgery
MMM Internal Medicine
MMV Internal Medicine - Cardiovascular Disease
MME Internal Medicine - Endocrinology Diabetes and Metabolism
MMG Internal Medicine - Gastroenterology
MMH Internal Medicine - Hematology
MMI Internal Medicine - Infectious Disease
MMO Internal Medicine - Medical Oncology
MMN Internal Medicine - Nephrology
MMP Internal Medicine - Pulmonary Disease
MMR Internal Medicine - Rheumatology
MOQ Medicine - Otherwise Qualified
MPN Neurology
MNS Neurological Surgery
MNM Nuclear Medicine
MOG Obstetrics and Gynecology
MPO Occupational Medicine
MOP Ophthalmology
MOS Orthopaedic Surgery
MOB Orthopaedic Surgery - Including Back
MTO Otolaryngology
MAP Pain Management - Anesthesiology
MPP Pain Management - Pain Medicine
MHA Pathology
MEP Pediatrics
MPR Physical Medicine & Rehabilitation
MPS Plastic Surgery
MPD Psychiatry
MRY Radiology
MSY Surgery
MSG Surgery - General Vascular
MTS Thoracic Surgery
MPT Toxicology - Occupational Medicine
MET Toxicology - Emergency Medicine
MUU Urology

NON-MD/DO SPECIALTY CODES

*denotes a doctor of chiropractic who has completed a chiropractic post-graduate specialty program

ACA Acupuncture
DCH Chiropractic
DCN Chiropractic - Neurology*
DCO Chiropractic - Orthopaedic *
DCR Chiropractic - Radiology*
DCS Chiropractic - Sports Medicine*
DCT Chiropractic - Rehabilitation*
DEN Dentistry
OPT Optometry
POD Podiatry
PSY Psychology
PSN Psychology - Clinical Neuropsychology

STATE OF CALIFORNIA

INDUSTRIAL MEDICAL COUNCIL

IMC FORM 106

Request for Qualified Medical Evaluator
(Please Complete Form/Type or Print)

EMPLOYEE INFORMATION

TODAY'S DATE	**DATE OF INJURY (LIST ONLY ONE) (Requests without month/day/year of injury will be returned).**

NAME _____

ADDRESS _____

CITY, STATE, ZIP CODE _____

(AREA CODE) PHONE # _____

If currently residing out of state, list residence at the time of injury:

CITY, ZIP CODE _____

EMPLOYER INFORMATION

NAME _____

ADDRESS _____

CITY, STATE, ZIP CODE _____

(AREA CODE) PHONE # _____

INSURER or CLAIMS ADMINISTRATOR INFORMATION

NAME _____

COMPANY _____

ADDRESS _____

CITY, STATE, ZIP CODE _____

(AREA CODE) PHONE # _____ **CLAIM NUMBER** _____

This Section to be Filled out by the Injured Worker <u>ONLY</u>
Please list <u>ONLY ONE</u> specialty (Insert three letter code from the back of this form)

Specialty Physician Requested: _____ _____
Signature of Injured Worker

<u>PLEASE NOTE:</u> Panels will be issued in the area of the injured worker's residence. If the injured worker resides out of state the panel will be issued in the area of residence at time of injury. If due to special circumstances another city is required please attach letter of agreement from the carrier and the city and zip code being requested.

If the IMC does not issue a panel within 15 working days after this request is received by the IMC, you are entitled to select a QME of your choice. Send this completed form to:

INDUSTRIAL MEDICAL COUNCIL
Executive Medical Director
P. O. Box 8888
San Francisco, CA 94128-8888
(650) 737-2700 or (800) 794-6900
(650) 737-2707 FAX

For Use with the QME Panel Request Form

MD/DO SPECIALTY CODES

MAI Allergy and Immunology
MAA Anesthesiology
MRS Colon & Rectal Surgery
MDE Dermatology
MEM Emergency Medicine
MFP Family Practice - MD
OFP Family Practice - DO
OFM Family Practice - DO - Including Osteopathic Manipulation
MPM General Preventive Medicine
MOH Hand - Orthopaedic Surgery
MPH Hand - Plastic Surgery
MSH Hand - Surgery
MMM Internal Medicine
MMV Internal Medicine - Cardiovascular Disease
MME Internal Medicine - Endocrinology Diabetes and Metabolism
MMG Internal Medicine - Gastroenterology
MMH Internal Medicine - Hematology
MMI Internal Medicine - Infectious Disease
MMO Internal Medicine - Medical Oncology
MMN Internal Medicine - Nephrology
MMP Internal Medicine - Pulmonary Disease
MMR Internal Medicine - Rheumatology
MOQ Medicine - Otherwise Qualified
MPN Neurology
MNS Neurological Surgery
MNM Nuclear Medicine
MOG Obstetrics and Gynecology
MPO Occupational Medicine
MOP Ophthalmology
MOS Orthopaedic Surgery
MOB Orthopaedic Surgery - Including Back
MTO Otolaryngology
MAP Pain Management - Anesthesiology
MPP Pain Management - Pain Medicine
MHA Pathology
MEP Pediatrics
MPR Physical Medicine & Rehabilitation
MPS Plastic Surgery
MPD Psychiatry
MRY Radiology
MSY Surgery
MSG Surgery - General Vascular
MTS Thoracic Surgery
MPT Toxicology - Occupational Medicine
MET Toxicology - Emergency Medicine
MUU Urology

NON-MD/DO SPECIALTY CODES

*denotes a doctor of chiropractic who has completed a chiropractic post-graduate specialty program

ACA Acupuncture
DCH Chiropractic
DCN Chiropractic - Neurology*
DCO Chiropractic - Orthopaedic *
DCR Chiropractic - Radiology*
DCS Chiropractic - Sports Medicine*
DCT Chiropractic - Rehabilitation*
DEN Dentistry
OPT Optometry
POD Podiatry
PSY Psychology
PSN Psychology - Clinical Neuropsychology