

Estado de California, División de Compensación para Trabajadores
SOLICITUD DE PANEL DE EVALUADOR MÉDICO CALIFICADO
(Empleado sin representación legal)

PARA SOLICITAR UN PANEL DE EVALUADOR MÉDICO CALIFICADO (QME por sus siglas en inglés) PARA UN EMPLEADO SIN REPRESENTACIÓN LEGAL:

1. Complete este formulario (imprímalo y llene con letra de molde o llene en línea y imprímalo). Firme y feche en la parte inferior.
2. Si se hace una petición para determinar si la lesión está relacionada con el trabajo, incluya una copia de la notificación del administrador de reclamaciones que la reclamación fue negada, o una copia de la solicitud del administrador de reclamaciones para una evaluación.
3. Complete la Prueba de Notificación adjunta.
4. Para el empleado: Envíe el formulario completado y firmado y la Prueba de Entrega a:
Division of Workers' Compensation - Medical Unit
P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612
(510) 286-3700 u (800) 794-6900
5. Para el empleado: Envíe por correo o entregue una copia firmada del formulario y Prueba de Entrega a su Administrador de Reclamaciones.
6. Para el Administrador de Reclamaciones/Abogado de Defensa: Envíe el formulario completado y firmado, adjunte una copia de la objeción por escrito a una opinión de un médico tratante, y Prueba de Entrega, a la Unidad Médica con una copia entregada al Empleado.

Información de Solicitud de Panel:

Fecha de la lesión: _____ Número de Reclamación: _____ Especialidad solicitada: _____
(Seleccione sólo UNA especialidad)

Parte solicitante: Empleado Administrador de Reclamaciones Abogado de Defensa

Motivo de la solicitud de Panel QME (marque uno):

- Para determinar si la lesión está relacionada con el trabajo (adjuntar aviso del administrador de reclamos de que la reclamación fue negada o una copia de la solicitud del administrador de reclamaciones para una evaluación).
- Objeción a la determinación del médico Tratante Primario con respecto a incapacidad temporal, incapacidad permanente, o la necesidad de atención médica en el futuro.
- Reclamación por lesiones en el trabajo se acepta para una o más partes del cuerpo, hay una disputa sobre partes del cuerpo adicionales.
- Otro (especificar disputa de tratamiento no médico): _____

Información del empleado

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de Calle o Apartado Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si actualmente no vive en el estado, escriba el código postal de California en la fecha de la lesión: _____

Si nunca ha residido en el estado, escriba el código postal de California acordado para la evaluación: _____

Empleador/Información del Administrador de Reclamaciones

Empleador: _____ Código Postal del Empleador: _____

Nombre de la Compañía del Administrador de Reclamaciones : _____

Nombre del Ajustador/Contacto (si se sabe): _____

Dirección de Calle o Apartado Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono. No: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

PRUEBA DE ENTREGA

Instrucciones:

1. **Complete la Prueba de Entrega.**
2. **Para el Empleado: Envíe el formulario completado y firmado y la Prueba de Entrega a:
Division of Workers' Compensation -- Medical Unit
P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612
(510) 286-3700 o (800) 794-6900**
3. **Para el Empleado: Envíe por correo o entregue una copia firmada del formulario y la Prueba de Entrega a su Administrador de Reclamaciones.**
4. **Para el Administrador de Reclamaciones/abogado de Defensa: Envíe el formulario firmado completado, adjunte una copia de la objeción por escrito a una opinión de un médico tratante, y la Prueba de Entrega a la Unidad Médica con una copia entregada al Empleado.**

Declaro que soy residente o empleado en el condado de _____, California; soy mayor de la edad de dieciocho años.

El _____, entregué el Formulario 105 completado adjunto a las siguientes partes:

por correo a:

Nombre del empleado o Administrador de Reclamaciones

Dirección de Calle

Ciudad, Estado, Código Postal

entregado en mano a:

Nombre

Dirección de Calle

Ciudad, Estado, Código Postal

Declaro, bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado el _____, en _____, California

Escriba a máquina o en letra de molde el Nombre: _____

Firma: _____

Para uso con el Formulario 105 Pedido de Panel de Evaluador Médico Calificado (QME)

CODIGOS DE ESPECIALIDADES MD/DO

| | | | |
|-----|---|-----|--|
| MAA | Anestesiología | MHH | Cirugía Ortopédica - Mano |
| MAI | Alergia e Inmunología | MTO | Otorrinolaringología |
| MPA | Analgésicos | MHA | Patología |
| MDE | Dermatología | MPR | Medicina Física & Rehabilitación |
| MAI | Dermatología - Alergia e Inmunología | MPA | Medicina Física & Rehabilitación - Analgésicos |
| MEM | Medicina de Emergencia | MPS | Cirugía Plástica (aparte de la Mano) |
| MTT | Medicina de Emergencia - Toxicología | MHH | Cirugía Plástica - Mano |
| MFP | Práctica Familiar | MPD | Psiquiatría (aparte de Analgésicos) |
| MPM | Medicina General Preventiva | MPA | Psiquiatría - Analgésicos |
| MTT | Medicina General Preventiva - Toxicología | MSY | Cirugía (aparte de Espina Dorsal y de la Mano) |
| MMM | Medicina Interna | MHH | Cirugía - Mano |
| MAI | Medicina Interna - Alergia e Inmunología | MSG | Cirugía - Vascular General |
| MMV | Medicina Interna - Enfermedad Cardiovascular | MTS | Cirugía Torácica |
| MME | Medicina Interna - Endocrinología Diabetes y Metabolismo | MUU | Urología |
| MMG | Medicina Interna | | |
| MMH | Medicina Interna - Hematología | | |
| MMI | Medicina Interna - Enfermedad Infecciosa | | |
| MMO | Medicina Interna – Medicina Oncológica | | |
| MMN | Medicina Interna - Nefrología | | |
| MMP | Medicina Interna- Enfermedad Pulmonar | | |
| MMR | Medicina Interna - Reumatología | | |
| MPN | Neurología | | |
| MPA | Neurología – Analgésicos | | |
| MNS | Cirugía Neurológica (aparte de la Espina Dorsal) | | |
| MNB | Cirugía Neurológica - Espina Dorsal | | |
| MOG | Obstetricia y Ginecología | | |
| MOQ | Medicina con Distinta Calificación | | |
| MPO | Medicina Ocupacional | | |
| MTT | Medicina Ocupacional - Toxicología | | |
| MOP | Oftalmología | | |
| MOS | Cirugía Ortopédica (aparte de la Espina Dorsal o la Mano) | | |
| MNB | Cirugía Ortopédica - Espina Dorsal | | |

CODIGOS DE ESPECIALIDADES NO MD/DO

| | |
|-----|---------------|
| ACA | Acupuntura |
| DCH | Quiropráctico |
| DEN | Odontología |
| OPT | Optometría |
| POD | Podología |
| PSY | Psicología |

¡No archive esta página con su formulario!