Cómo presentar una petición apelando la determinación del director administrativo sobre la revisión médica independiente

Si usted no está de acuerdo con una determinación sobre tratamiento médico hecha a través del proceso de la revisión médica independiente *(Independent Medical Review-IMR)* o una decisión del Director Administrativo *(Administrative Director-AD)* negando su aplicación para *IMR*, debe presentar una petición (apelación) para impugnarla. Para hacer esto, puede utilizar el formulario adjunto.

El Código Laboral requiere que presente una petición con su oficina regional de la División de Compensación de Trabajadores *(Division of Workers' Compensation-DWC)* local dentro de 30 días de la fecha en que la determinación o la decisión fue enviada por correo, pero si fue enviada por correo en California, el plazo para presentarla se extiende a 35 días. Encontrará la fecha de envío de la determinación sobre tratamiento médico en la primera página de la decisión de *IMR.* La fecha de envío de la decisión negando su solicitud para *IMR* se puede encontrar cerca de la firma del *AD* o en la prueba de entrega adjunta.

Sólo hay cinco razones admisibles para apelar la determinación de *IMR* que se encuentran en el formulario adjunto. Tache los puntos que no aplican a su caso. Asegúrese de identificar cada punto con el que usted no esté de acuerdo e incluya una explicación completa. Puede adjuntar más hojas de papel, si es necesario.

Por favor tenga en cuenta que todos los formularios deben ser escritos a máquina o a mano utilizando letra de molde para asegurar la legibilidad. Llene el formulario completo y asegúrese de firmar y fechar el formulario.

Envíe su petición original a la oficina regional local: https://www.dir.ca.gov/dwc/dir2.htm. También debe enviar una copia a todas las partes incluyendo a la Unidad de Revisión Médica Independiente de la *DWC* al 1515 Clay St., 18th Floor, Oakland, CA 94612.

Si la *WCAB* revoca la determinación de la revisión médica independiente, se enviarán sus cuestiones sobre tratamiento médico a otro revisor médico para revisión.

Presente los siguientes documentos con su formulario en el orden indicado:

- ✓ Hoja de Portada de Documento
- ✓ Hoja de Separador de Documento (para la Petición Apelando la Determinación de *IMR*)
- ✓ *Petition Appealing Administrative Director's Independent Medical Review Determination* (Petición Apelando la Determinación del Director Administrativo sobre la Revisión Médica Independiente)
- ✓ Verificación
- ✓ Copia de la Determinación del Director Administrativo sobre la Revisión Médica Independiente
- ✓ Hoja de Separador de Documento (para la Prueba de Entrega por Correo)
- ✓ *Proof of Service by Mail* (Prueba de Entrega por Correo)

Guarde copias de sus documentos presentados para su registro.

Para que su petición sea considerada por un juez, usted también debe llenar y presentar una "Declaración de Disposición para Proceder" *(Declaration of Readiness to Proceed- DOR)*. Para instrucciones sobre cómo completar y presentar una *DOR*, consulte por favor la guía No. 5 de la Unidad de Información y Asistencia *(Information & Assistance- I&A)*: http://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides/Guides_Spanish/IWGuide05.pdf.
Para pedir una audiencia agilizada, utilice la Guía de *I&A* No. 6: http://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides/Guides_Spanish/IWGuide06.pdf. Cualquiera de las solicitudes para una audiencia puede presentarse al mismo tiempo o después de que presenta su petición.

Si usted todavía no tiene un número de caso de ADJ asignado, tendrá que presentar una "Solicitud para Adjudicación del Reclamo" que abre un caso en la *WCAB* para usted. Para hacer esto, por favor consulte la Guía de *I&A* No. 4: http://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides/Guides_Spanish/IWGuide04.pdf.
Si usted ya tiene un número de caso de ADJ asignado, usted no tendrá que volver a presentar su "Solicitud para Adjudicación del Reclamo".

Todos los documentos presentados en la oficina regional de la División de Compensación de Trabajadores deben incluir una hoja de portada de documento y una hoja de separador de documento. Por favor consulte las guías de *I&A* 17 y 18 para aprender cómo llenar estos formularios. Instrucciones de formularios adicionales pueden encontrarse en el manual de formularios *OCR* de *EAMS* en: https://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS_OCR%20handbook.pdf.

Si necesita ayuda, llame a una oficina de Información y Asistencia (*I&A*) o asista a un taller para trabajadores lesionados. Los números de teléfono de las oficinas locales de *I&A* están adjunto a esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Web 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.

Al enviar documentos a una oficina regional, por favor asegúrese que no estén doblados ni engrapados. Envíelos en un sobre grande de manila. Por favor consulte con el manual de formularios OCR de EAMS para instrucciones adicionales.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

- **ANAHEIM, 92806-2131**
  1065 North Link, Suite 170
  Information & Assistance Unit **(714) 414-1801**

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

- **FRESNO, 93721-2219**
  2550 Mariposa Street, Suite 4078
  Information & Assistance Unit **(559) 445-5355**

- **LODI, 95240-6936**
  3021 Reynolds Ranch Parkway, Suite 130
  Information & Assistance Unit **(209) 948-7759**

- **LONG BEACH, 90810-1870**
  1500 Hughes Way, Suite C203
  Information & Assistance Unit **(424) 450-2565**

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

- **MARINA DEL REY, 90292-6902**
  4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd Floors
  Information & Assistance Unit **(310) 482-3820**

- **OAKLAND, 94612-1499**
  1515 Clay Street, 6th Floor
  Information & Assistance Unit **(510) 622-2861**

- **OXNARD, 93030-7912**
  1901 N Rice Avenue, Suite 100
  Information & Assistance Unit **(805) 485-3528**

- **POMONA, 91768-1653**
  732 Corporate Center Drive
  Information & Assistance Unit **(909) 623-8568**

- **REDDING, 96002-0940**
  250 Hemsted Drive, 2nd Floor, Suite B
  Information & Assistance Unit **(530) 225-2047**

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

- **SACRAMENTO, 95834-2962**
  160 Promenade Circle, Suite 300
  Information & Assistance Unit **(916) 928-3158**

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

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

- **SAN DIEGO, 92108-4424**
  7575 Metropolitan Drive, Suite 202
  Information & Assistance Unit **(619) 767-2082**

- **SAN FRANCISCO, 94102-7014**
  455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
  Information & Assistance Unit **(415) 703-5020**

- **SAN JOSE, 95110-3718**
  224 Airport Parkway, Suite 600
  Information & Assistance Unit **(408) 277-1292**

- **SAN LUIS OBISPO, 93401-8736**
  4740 Allene Way, Suite 100
  Information & Assistance Unit **(805) 596-4159**

- **SANTA ANA, 92707-7704**
  2 MacArthur Place, Suite 600
  Information & Assistance Unit **(714) 942-7576**

- **SANTA BARBARA, 93101-7538**
  130 E Ortega Street
  Information & Assistance Unit **(805) 568-1390**

- **SANTA ROSA, 95404-4771**
  50 "D" Street, Suite 420
  Information & Assistance Unit **(707) 576-2452**

- **VAN NUYS, 91401-3370**
  6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105
  Information & Assistance Unit **(818) 901-5374**

STATE OF CALIFORNIA
DWC DISTRICT OFFICE

EJEMPLO

DOCUMENT COVER SHEET

Is this a new case? Yes ☐ No ☐ Companion Cases Exist ☐ Walkthrough Yes ☐ No ☐

More than 15 Companion Cases ☐

FECHA DE HOY

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN: **SU NÚMBERO DE SEGURO SOCIAL**

NÚMBERO DE CASO DE EAMS

Case Number 1

☐ Specific Injury

☐ Cumulative Injury

FECHA DE LA LESIÓN

(Start Date: MM/DD/YYYY) (End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

SI ES UN CASO NUEVO DEJE EN BLANCO

Body Part 1: _____

Body Part 2: _____

UTILICE UN CÓDIGO DE LAS LISTA DE CÓDIGOS DE LAS PARTES DEL CUERPO, CONSULTE LA P.8

art 3: _____

art 4: _____

Other Body Parts: _____

CUANDO MÁS DE 5 PARTES DEL CUERPO USE EL NÚMERO DE PARTE DEL CUERPO 700 EN ESTE CAMPO

Please check unit to be filed on (check only one box)

MARQUE LA CASILLA DE LA UNIDAD APROPIADA

☐ ADJ ☐ DEU ☐ SIF ☐ UEF ☐ SAU ☐ INT ☐ RSU

Companion Cases

CASOS COMPAÑEROS

Case Number 2

☐ Specific Injury

☐ Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY) (End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 2: _____

Body Part 3: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

District office codes for place of venue

Legend Abbreviation	Office
AHM	Anaheim
ANA	Santa Ana
BAK	Bakersfield
FRE	Fresno
LAO	Los Angeles
LBO	Long Beach
LOD	Lodi
MDR	Marina del Rey
OAK	Oakland
OXN	Oxnard
POM	Pomona
RDG	Redding
RIV	Riverside
SAC	Sacramento
SAL	Salinas
SBA	Santa Barbara
SBR	San Bernardino
SDO	San Diego
SFO	San Francisco
SJO	San Jose
SLO	San Luis Obispo
SRO	Santa Rosa
VNO	Van Nuys

Use this document to complete forms,
but do not file this document with your forms.

Lista de códigos de las partes del cuerpo

Los códigos de las partes del cuerpo que se enumeran a continuación se utilizan para llenar formularios que requieren la catalogación de las partes del cuerpo en cuestión. No presente este documento con sus formularios.

Número de código	Descripción
100	Cabeza: no especificado
110	Cerebro
120	Oído: no especificado
121	Oído: externo
124	Oído: interno, incluida la audición
130	Ojo: incluidos los nervios ópticos y la visión
140	Rostro: no especificado
141	Quijada: incluidos el mentón y la mandíbula
144	Boca: incluidos los labios, lengua, garganta y gusto
145	Dientes
146	Nariz: incluidos las fosas nasales, senos y el olfato
148	Rostro: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
149	Rostro: frente, mejillas y párpados
150	Cuero cabelludo
160	Cráneo
198	Cabeza: varias lesiones, cualquier combinación de las partes anteriores
200	Cuello
300	Extremidades superiores: no especificado
310	Brazo: no especificado, arriba de la muñeca
311	Brazo: húmero del brazo
313	Brazo: cabeza del radio del codo
315	Brazo: radio y cúbito del antebrazo
318	Brazo: distintas partes, cualquier combinación de las partes anteriores
319	Brazo: no especificado
320	Muñeca
330	Mano: sin incluir muñecas ni dedos
340	Dedos
398	Extremidades superiores: cualquier combinación de las partes anteriores
400	Tronco: no especificado
410	Abdomen: incluidos órganos internos y la ingle
411	Hernia
420	Espalda: incluidos los músculos de la espalda, la columna vertebral y la médula espinal

Número de código	Descripción
430	Tórax: incluidos las costillas, esternón y los órganos internos del tórax
440	Caderas: incluidos la pelvis, los órganos pélvicos, el coxis y los glúteos
450	Hombros: escápula y clavícula
498	Tronco: use para el costado; varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
500	Extremidades inferiores: no especificado
510	Piernas: arriba de los tobillos, no especificado
511	Fémur del muslo
513	Rótula de la rodilla
515	Tibia y peroné de la parte baja de la pierna
518	Pierna: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
519	Pierna: no especificado
520	Maléolo del tobillo
530	Pie, no el tobillo ni dedo del pie
540	Dedos de los pies
598	Extremidades inferiores: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
700	Para más de cinco partes importantes del cuerpo, utilice este código en la quinta posición de la lista de partes del cuerpo
800	Sistema corporal: no especificado
801	Sistema circulatorio: corazón, diferente a un paro cardíaco, sangre, arterias, venas, etc..
802	Sistema circulatorio: paro cardíaco
810	Sistema digestivo: estómago
820	Sistema excretor: riñones, vejiga, intestinos, etc..
830	Sistema músculo esquelético: huesos, articulaciones, tendones, músculos, etc.
840	Sistema nervioso: no especificado
841	Sistema nervioso: estrés
842	Sistema nervioso: psiquiátrico/psíquico
850	Sistema respiratorio: pulmones, tráquea, etc.
860	Dermatitis cutánea, etc.
870	Sistemas reproductores
880	Otros sistemas del cuerpo
900	COVID-19
999	Sin clasificar: información insuficiente para identificar las partes del cuerpo

Utilice este documento para completar los formularios, pero no lo entregue junto con ellos.

EJEMPLO

DOCUMENT SEPARATOR SHEET

Product Delivery Unit: ADJ

Document Type: IMR

Document Title: APPEAL OF DETERMINATION OF AD-IMR

Document Date: FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO
MM/DD/YYYY

Author: SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date
MM/DD/YYYY

STATE OF CALIFORNIA

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

EJEMPLO

SU NOMRE

Solicitante,

Vs.

NOMBRE DEL EMPLEADOR Y NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Demandado,

No. de caso de ADJ:
No. de caso de IMR:

PETICIÓN APELANDO LA DETERMINACIÓN DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Se hizo u determinación en el caso referido el **LA FECHA DE LA CARTA DE DETERMINACIÓN DE MAXIMUS**. El Solicitante está agraviado por dicha determinación y por la presente solicita una apelación de la determinación del director administrativo sobre la revisión médica independiente *(Independent Medical Review- IMR)* sobre las siguientes justificaciones: (Tache las razones que no son aplicables.)

1. El director administrativo actuó sin o en exceso de los poderes del director administrativo.

2. La determinación del director administrativo fue conseguida por medio de fraude.

3. El revisor médico independiente fue sujeto a un conflicto de intereses material que está en violación de la Sección 139.5.

4. La determinación fue el resultado de discriminación por raza, origen nacional, identificación de etnia, religión, edad, sexo, orientación sexual, color o incapacidad.

5. La determinación fue simplemente de una explícita o implícitamente errónea exposición de los hechos, siempre y cuando el error de los hechos es algo de conocimiento común basado en la información entregada para revisión de acuerdo a la Sección 4610.5 y no un asunto sujeto a opinión experta.

En apoyo de lo anterior, el solicitante da los siguientes detalles, incluyendo una declaración de cada razón por oponerse a la decisión y una declaración de todos los hechos relevantes sobre los cuales el solicitante se basa:

COMPLETAMENTE DESCRIBA SU DESACUERDO CON LA DETERMINACIÓN DE MAXIMUS. ASEGÚRESE DE INCLUIR SU RAZÓN/SUS RAZONES POR QÚE LA DETERMINACIÓN DEBERIA SER CAMBIADA

POR LO CUAL, el Solicitante pide que sea concedida la apelación de la determinación del director administrativo sobre la revisión médica independiente; continúe el procedimiento; y que aquella decisión se haga para darle al solicitante todos los beneficios a los cuales el solicitante tiene derecho bajo el Código Laboral del Estado de California, incluyendo la compensación solicitada aquí.

Presente esta petición en la oficina regional donde se celebra el juicio. Adjunte a esta petición la determinación, la verificación y la prueba de entrega del IMR.

Fechado:_____

_____
Abogado (si lo hay) del Solicitante

_____
Firma del Solicitante

EJEMPLO

VERIFICACIÓN

Yo, el abajo firmante, soy el solicitante en la acción mencionada arriba. He leído la **Petición Apelando la Determinación del Director Administrativo sobre *IMR*** anterior y conozco el contenido de esta petición. Certifico que el contenido es verdadero hasta lo mejor de mi conocimiento, excepto aquellos asuntos que se declaran basado en mi información y creencia, y respecto a ellos, los creo ciertos. Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado el _____ en _____, California.
(Fecha) (Ciudad)

Firma: _____

Su Nombre en Letra de Molde: _____

Fechado: _____

_____ _____
Abogado (si lo hay) del Solicitante Firma del Solicitante

EJEMPLO

DOCUMENT SEPARATOR SHEET

Product Delivery Unit ADJ

Document Type LEGAL DOCS

Document Title PROOF OF SERVICE

Document Date FECHA EN OUE LLENÓ EL FORMULARIO
MM/DD/YYYY

Author SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date
MM/DD/YYYY

EJEMPLO

Prueba de Entrega por Correo

Yo declaro que:

Soy (residente de/empleado en) el condado de _____SU CONDADO_____,
California. Tengo más de dieciocho años de edad y mi dirección de (negocio/residencia) es:

ESCRIBA SU DOMICILIO AQUÍ

El _FECHA DE HOY_____yo entregué el adjunto _EL NOMBRE DEL DOCUMENTO QUE ESTÁ ENVIANDO POR CORREO_____
a las partes mencionadas a continuación en dicho caso, poniendo una copia verdadera del mismo adjunto, en un sobre sellado con el franqueo completamente pagado, en el correo de los Estados Unidos en ___CIUDAD DESDE DONDE ESTÁ ENVIANDO EL DOCUMENTO_ con la siguiente dirección:

1) WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD: DIRECCIÓN
2) COMPAÑÍA DE SEGUROS: NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE RECLAMO
3) ABOGADO DE LA DEFENSA (SI SE SABE): NOMBRE Y DIRECCIÓN
4) TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS EN SU CASO: NOMBRE Y DIRECCIÓN

Yo delaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo siguiente es verdadero y correcto y esta declaración fue ejecutada en

(fecha) _____FECHA DE HOY_____, en _____CIUDAD_____ California.

Escriba su nombre _____ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE_____

Firma_____SU FIRMA_____