

Instrucciones para completar la forma para tener un observador en un IME

- Si quiere tener un observador presente, complete esta forma, fírmela, haga una copia para sus archivos, y entregue la forma al proveedor médico cuando vaya al examen.
- Si asiste a un examen de panel, usted necesita traer una copia de esta forma para cada proveedor médico en el panel.

Cosas que tiene que traer al IME

- Archivos médicos que se le haya pedido que traiga, tales como rayos-X.
- Una lista de las medicinas que esté tomando.
- Una lista de todos los proveedores médicos que le hayan proporcionado tratamiento médico en relación a su reclamo de compensación para trabajadores.
- Documento de identificación con foto.

En el IME

El(los) proveedor médico(s) lo examinará(n), pero no proveerá(n) tratamiento. Usted tiene el derecho de pedir que el proveedor médico del IME termine el examen si le causa dolor. En el reporte para la aseguradora, el proveedor médico responderá preguntas hechas por la compañía aseguradora. Si usted quiere tener un observador no pagado con usted en el examen, tiene que completar la forma adjunta a este folleto, "Forma para Permitir la Presencia de un Observador en un IME," y entregarla al proveedor médico. El proveedor médico tiene que permitir que usted tenga un observador no pagado en el examen si así usted lo desea, pero para exámenes psicológicos, necesita la aprobación del proveedor médico. Usted puede usar una cámara de video o grabadora de casetes para grabar el examen, pero solamente si el proveedor médico lo aprueba.

Después de terminar el IME

- El proveedor médico que condujo el IME enviará una copia del reporte a la aseguradora.
- La aseguradora enviará una copia del reporte a su médico primario.
- Usted puede pedir una copia del reporte del IME enviando una petición por escrito a la aseguradora.
- Si tiene preguntas acerca del reporte, hable con su proveedor médico.
- Si tiene una queja acerca del IME, usted puede presentarla a WCD por teléfono, fax, correo, o en persona o vía internet: https://www4.cbs.state.or.us/exs/wcd/ime_survey/index.cfm

Teléfono:

Llamada gratuita: 1-800-452-0288
En Salem: 503-947-7606

En persona:

Segundo piso del edificio
Labor and Industries
350 Winter St. NE
Salem, OR 97301

Contactos – Información

Para más información y para obtener formas, por favor visite el sitio Web de la División de Compensación para Trabajadores: www.wcd.oregon.gov. y elija "Forms" en el lado derecho de la página.

Para preguntas o asistencia, póngase en contacto con la División de Compensación para Trabajadores, llamando al número gratuito, 1-800-452-0288 o al 503-947-7810. Para preguntas generales, llame al 503-947-7585 o envíe un e-mail a workcomp.questions@state.or.us.

La oficina del Ombudsman para Trabajadores Lesionados sirve como representante independiente para trabajadores que se lesionan en el trabajo. El Ombudsman ayuda al trabajador a entender sus derechos y obligaciones, y puede asistirle en la investigación y resolución de quejas. Usted puede ponerse en contacto con la oficina del Ombudsman al número gratuito, 1-800-927-1271 o al 503-378-3351. Para más información visite el sitio Web, egov.oregon.gov/DCBS/OIW, o envíe un e-mail a oiw.questions@state.or.us.



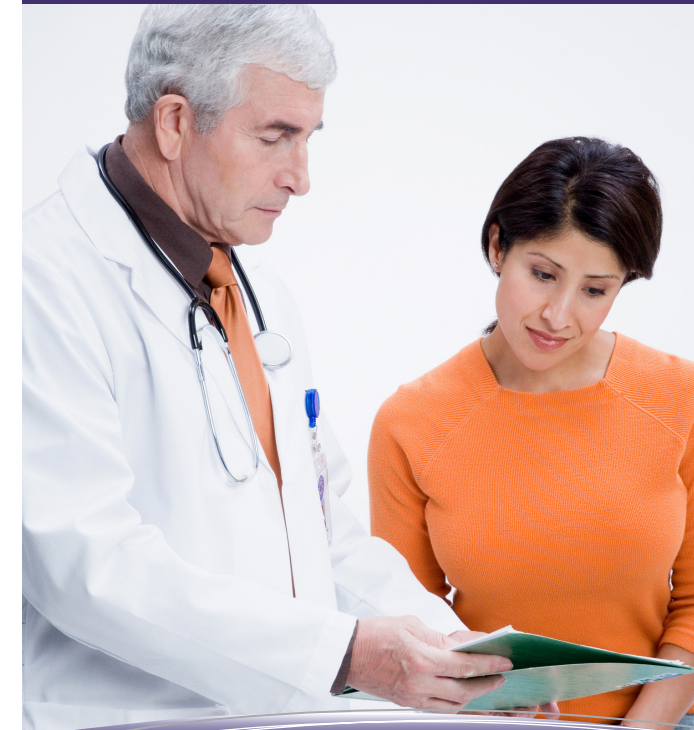
Workers' Compensation Division

350 Winter St. NE
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405

440-3923-S (4/11/COM)

community
Workers' Compensation

Información Importante Acercas de Exámenes Médicos Independientes



Para trabajadores
lesionados



División de Compensación para Trabajadores

Examen médico independiente o IME



Examen médico independiente (IME)

Un IME es un examen programado por la aseguradora que procesa su reclamación. La aseguradora seleccionará el proveedor médico y pagará por el examen. La aseguradora puede exigir que usted asista hasta a tres IMEs. Algunos exámenes pueden ser programados con más de un proveedor médico en más de un lugar, pero solamente contará como uno de los tres IMEs. Esto es conocido como un examen de panel. Si su reclamación es cerrada y luego reabierta, la aseguradora puede requerir que usted asista a hasta tres IMEs más.

Observador del examen

Usted puede tener un observador no pagado durante el examen. Para exámenes psicológicos, necesita la aprobación del proveedor médico. El observador no puede participar o interferir con el examen. Para que un observador esté presente en su examen, usted tiene que completar y firmar la forma adjunta a este folleto, "Forma para Permitir la Presencia de un Observador en un IME." Al firmar esta forma, usted reconoce que es posible que durante el examen se le hagan preguntas delicadas enfrente del observador. El proveedor médico puede negarse a que el observador esté presente durante el examen, si es que esta forma no es completada y entregada al proveedor médico.

Pago de gastos

La aseguradora pagará por algunos gastos necesarios para que usted asista al examen, tales como millaje, cuidado para niños, hospedaje, y algunas de las comidas. La aseguradora debe enviarle una forma junto con este folleto para que usted solicite reembolso de gastos. Usted debe completar la forma y enviarla a la aseguradora. Si necesita un adelanto para los gastos, usted debe pedir el adelanto lo más pronto posible. La aseguradora hará un esfuerzo para enviarle el adelanto antes del examen.

Procedimientos médicos invasivos

Si el proveedor médico del IME recomienda un procedimiento invasivo, el proveedor médico deberá explicarle todos los riesgos que conlleva el procedimiento. En un procedimiento invasivo se usan agujas, tubos, escalpelos, u otros instrumentos para penetrar el cuerpo. Usted tiene el derecho de negarse a un procedimiento médico invasivo. Si usted se niega, sus derechos a beneficios de compensación no serán afectados. El proveedor médico deberá entregarle la forma 440-3227, "Invasive Medical Procedure Authorization/ Autorización para Procedimiento Médico Invasivo." Complete la forma marcando "Sí" o "No," y entréguesela al proveedor médico. El proveedor médico le entregará una copia a usted y enviará el original a la aseguradora.

Asistiendo a las citas

Usted debe asistir al IME. Si usted no puede asistir al IME, contacte a la aseguradora inmediatamente. Si usted no asiste y no presenta una buena razón por la cual no asistió, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) puede autorizar a la aseguradora a que suspenda el pago de sus beneficios, los cuales pueden incluir atención médica, tiempo perdido de trabajo, e incapacidad permanente. También, a menos que usted esté recibiendo pago por tiempo perdido, la WCD puede multarle con \$100 por no asistir al examen. La aseguradora descontará los \$100 de sus futuros beneficios.

Lugar del examen

Si usted no está de acuerdo con el lugar del IME, comuníquese con la aseguradora que está procesando su reclamación para llegar a un acuerdo informal acerca del lugar del IME. Sin embargo, si usted quiere que la WCD formalmente revise el lugar del IME, debe comunicarse con la WCD antes de que pasen seis días hábiles desde la fecha del aviso. Explique la razón por la cual no está de acuerdo con el lugar. La WCD revisará su razón y ayudará a que usted y la aseguradora lleguen a un acuerdo acerca del lugar o expedirá una orden determinando si el lugar del examen es razonable. Usted puede comunicarse con la WCD por teléfono, fax, correo, o en persona:

- Teléfono:** Llamada gratuita: 800-452-0288
Oficina en Salem: 503-947-7585
- Fax:** 503-947-7725
- Correo:** Workers' Compensation Division
Attn.: Sanctions Expedited Review
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405
- En persona:** Segundo piso del edificio
Labor and Industries,
350 Winter St. NE
Salem, OR 97301

Forma para Permitir la Presencia de un Observador en un IME
Número de Reclamo de Compensación: _____

Yo, _____, quiero que un observador esté presente durante

Nombre del trabajador

el examen médico independiente programado para _____

Fecha

Al firmar esta forma, yo entiendo que:

1. Es posible que se me hagan preguntas delicadas enfrente de mi observador;
2. Si mi observador interfiere con el examen, el proveedor médico puede terminar el examen y esto puede afectar mis beneficios de compensación; y
3. Mi observador no recibirá compensación alguna por asistir al examen conmigo.

Firma del trabajador

Fecha

440-3923A (9/08/COM)

Para completar esta forma, vea las instrucciones en el reverso.