



Su Examen Médico Independiente

Respuestas a algunas de las preguntas más comunes sobre los Exámenes Médicos Independientes (IME).



¿Por qué me programaron un examen médico?

Se le ha programado un examen médico para asegurar que reciba atención apropiada para su lesión de trabajo o enfermedad ocupacional. Se requieren exámenes médicos por cualquiera de las siguientes razones:

- Su médico, empleador o gerente del reclamo ha pedido una evaluación de su condición.
- Necesitamos evaluar el grado de su incapacidad.
- Hay una pregunta sobre la duración o el tipo de tratamiento que usted necesita.
- Usted pidió cerrar, reabrir o que sea aceptado su reclamo.
- Usted apeló nuestra decisión sobre su reclamo o nos pide que lo reconsideremos.

¿Cómo se me notificará del examen médico?

El Departamento de Labor e Industrias le enviará una carta por lo menos 14 días antes del examen programado, indicándole cuándo y dónde será. Es su responsabilidad cumplir con su cita.

¿Qué sucede si se necesita reprogramar el examen?

Si usted tiene una buena razón para reprogramar su examen y lo notifica a L&I con suficiente tiempo, su reclamo no será afectado. El Departamento hace el mejor esfuerzo para hacer la(s) cita(s) con el especialista necesario en una ubicación que sea conveniente para usted. Si tiene inquietudes sobre la ubicación o la programación de la cita, debe notificarnos por lo menos cinco días hábiles antes del examen.

Para hacer otra cita, llame al número indicado en su carta o a la unidad de programación del Examen Médico Independiente al 1-800-468-7870.

¿Tendré que pagar por el examen?

L&I pagará cualquier costo del examen si usted se presenta y colabora. Si usted falta al examen sin una buena razón, sus beneficios de tiempo perdido podrían ser reducidos por una cantidad igual al costo del examen. También podría poner en riesgo otros beneficios.

¿Quién hará el examen médico?

Usted será examinado por un médico. En algunos casos, varios médicos podrían conducir el examen o una serie de exámenes.

¿Puedo traer un pariente o un amigo al examen?

Si, pero no se le podrá pagar ni reemborsarle los gastos. Si usted tiene un examen psiquiátrico, su acompañante no será permitido en el cuarto de examen.

No debe traer niños a un Examen Médico Independiente.

¿Qué debo hacer si me solicitan rayos X, reportes de imágenes de resonancia magnética (MRI) o tomografía computarizada (CT scan) para el examen?

Si necesita ayuda para obtener los rayos X, reportes de imágenes de resonancia magnética o tomografía, póngase en contacto con la oficina de su doctor.

¿Qué sucederá en el examen?

Generalmente, el médico examinador verificará solamente las condiciones aplicables a su reclamo, le hará preguntas con respecto a su historia médica y revisará la información médica en el expediente de su reclamo. El médico examinador no le dará tratamiento pero es posible que el o ella le sugiera un tratamiento a su doctor personal.

Su examen podría ser breve. Usted no debe esperar tener un examen físico completo. Sin embargo, en algunos casos podría ser necesario un examen completo, pruebas de laboratorio y rayos X. Esto lo decidirá el médico examinador.

Si tengo que faltar al trabajo, ¿Cómo puedo recibir pago por los salarios no pagados?

Si tiene que perder más de 30 minutos de trabajo (sin pago) para poder atender a su Examen Médico Independiente fijado por el Departamento, usted podría ser compensado por las horas que perdió. Será reembolsado por el tiempo de trabajo perdido, basado en lo que ganaba por hora cuando fue a su examen. Por favor vea el formulario adjunto, *Solicitud para el reembolso de gastos de viaje y salario por el IME*.

¿Quién pagará mis gastos de viaje?

En la mayoría de los casos, el Departamento de Labor e Industrias reembolsará los gastos de viaje. Cuando sea necesario, los gastos por comidas, alojamiento, estacionamiento, pasajes de taxi y las cuotas por transbordadores y puentes, serán reembolsados basados en la tarifa actual del Departamento. Por favor obtenga recibos para estos gastos.

Si usted viaja para su examen por avión, autobús o tren, comuníquese con la unidad de citas del Examen Médico Independiente al 1-800-468-7870. L&I hará los arreglos necesarios para su viaje.

¿Qué tengo que hacer para que me paguen por los gastos del viaje?

Usted debe completar el formulario adjunto para el reembolso de gastos y enviarlo junto con sus recibos dentro del período de un año a partir de la fecha de su examen. Usted debe firmar el formulario. (Vea las Instrucciones del formulario.)

 Visite el sitio de Internet de L&I:
www.Lni.wa.gov/Spanish

¿Qué sucede si tengo una discapacidad física o mental que limita cómo puedo viajar a un examen médico?

Comuníquese con la unidad de citas del Examen Médico Independiente al 1-800-468-7870 para que se puedan hacer arreglos para ayudarlo a viajar al examen. La discapacidad no tiene que estar relacionada con su reclamo.

Instrucciones del formulario

Por favor llene el formulario cuidadosamente. Si envía información incompleta o incorrecta, tendremos que regresarle el formulario para que lo corrija. Envíe su formulario completado y sus recibos a:

Department of Labor & Industries
PO Box 44269
Olympia, WA 98504-4269

Para obtener más información

Si usted tiene preguntas acerca de su examen programado, por favor póngase en contacto con la unidad de citas del Examen Médico Independiente del Departamento de Labor e Industrias al 1-800-468-7870.

Si desea enviarnos comentarios sobre su experiencia durante el examen, usted puede llamar al número telefónico para comentarios sobre el IME al 1-888-784-8059.

Si usted tiene otras preguntas acerca de su reclamo, por favor llame a la Oficina de Información y Asistencia al 1-800-547-8367.

A petición del cliente, hay ayuda disponible para personas que hablan otros idiomas y otros formatos alternos de comunicación para personas con discapacidades. Llame al 1-800-547-8367.

Usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para sordos (TDD, por su sigla en inglés) llamen al 360-902-5797. L&I es un empleador con igualdad de oportunidades.

PUBLICACIÓN F245-224-999 [02-2014]

(Also printed in English. Request Publication F245-224-000)

Envíe el formulario completado a:
 Department of Labor and Industries
 PO Box 44269
 Olympia WA 98504-4269



Solicitud para el Reembolso de Gastos de Viaje y Salario Para el Examen Médico Independiente (IME, por su sigla en inglés)

- Lea las instrucciones en la parte de atrás antes de comenzar.
- Si está viajando por cualquier otra razón que no sea por el IME, usted necesita usar el formulario, Solicitud Para el Reembolso de Gastos de Viaje (F245-145-999).

Información del trabajador

| | | |
|--|--------|--|
| | | Número del reclamo |
| Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) | | Fecha de la lesión |
| Dirección del trabajador (no un apartado postal) | | Número de seguro social (solo para identificación) |
| Ciudad Código Postal | Estado | Número de teléfono del trabajador |

Información del viaje – Lea las instrucciones y ejemplo en la parte de atrás.

| | A. Fecha de cada viaje (mes-día-año) | B. Código de viaje (uno por línea – lea la parte de atrás del formulario) | C. Desde (ciudad) | D. Hasta (ciudad y persona que visitó) | E. Número de millas (ida y vuelta) | F. Gastos (uno por línea) |
|----|---|--|----------------------|---|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. | | | | | | \$ |
| 2. | | | | | | \$ |
| 3. | | | | | | \$ |
| 4. | | | | | | \$ |
| 5. | | | | | | \$ |
| 6. | | | | | | \$ |
| 7. | | | | | | \$ |
| 8. | | | | | | \$ |

Reembolso de salarios:

Si usted tomó más de 30 minutos de su horario de trabajo *sin* pago para asistir a su Examen Médico Independiente (IME), le reembolsaremos por el tiempo que perdió. Se le reembolsará el salario según la tarifa por hora que ganaba en la fecha del IME. Por favor escriba el tiempo total y salario abajo, después escriba la información en las líneas arriba usando el código de viaje 0411A.

Tiempo que faltó del trabajo para asistir al IME: _____ horas _____ minutos. Salario por hora en la fecha del IME: \$_____

| | | | |
|-------------------------|--------|----------------------------------|---------------|
| Nombre del empleador | | Número de teléfono del empleador | |
| Dirección del empleador | Ciudad | Estado | Código Postal |

Firma del trabajador – los formularios que no están firmados serán devueltos.

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación para los trabajadores y no he sido reembolsado por ellos. Entiendo que es un crimen someter información que sé es falsa.

He leído y entiendo las instrucciones en la parte de atrás del formulario.

| | |
|----------------------|-------|
| Firma del trabajador | Fecha |
|----------------------|-------|

Instrucciones para completar la Solicitud de Reembolso de Gastos de Viaje Para el IME:

Use este formulario solamente para los gastos de viaje a un IME. Si usted viajó por cualquier otra razón, debe usar un formulario diferente. Usted puede imprimir este formulario en www.Lni.wa.gov/forms/pdf/F245-145-999.pdf.

Usted debe completar este formulario dentro de un año a partir de la fecha de su examen para recibir un reembolso.

Complete cada columna:

- **Columna A:** La fecha en que viajó (escriba solo una fecha por línea).
- **Columna B:** Código de viaje. Encuentre el código correcto en la lista abajo. Escriba solo un código por línea.
- **Columna C:** Escriba el nombre de la ciudad de donde inició su viaje.
- **Columna D:** Escriba el nombre de la ciudad donde viajó.
- **Columna E:** Escriba el número de millas que viajó de ida y vuelta. Se le pagará usando la tarifa actual de reembolso por milla, de acuerdo con la ruta más corta y directa desde su domicilio.
- **Columna F:** La cantidad en dólares por cada gasto. Un gasto por línea. Adjunte copias de todos los recibos. Todos los recibos deben detallarse y estar legibles. No se aceptan copias de recibos de tarjetas de crédito. Los gastos de estacionamiento menores de \$10 no requieren recibo.

Código de viaje:

| Gasto | Código de viaje |
|--|-----------------|
| Tiempo del trabajo sin pagar (horas x salario) | 0411A |
| Millas del viaje en vehículo privado | 0412A |
| Estacionamiento | 0402A |
| Cuotas de puentes y transbordadores | 0403A |
| Transporte comercial | 0405A |
| Taxi | 0414A |
| Hospedaje | 0406A |
| Desayuno | 0407A |
| Almuerzo | 0408A |
| Cena | 0409A |

Firma:

Debe firmar el formulario para recibir un reembolso.

Ejemplo:

| | A. Fecha de cada viaje (mes-día-año) | B. Código de viaje (uno por línea – Lea la parte de atrás del formulario) | C. Desde (ciudad) | D. Hasta (ciudad y persona que visitó) | E. Número de millas (ida y vuelta) | F. Gastos (uno por línea) |
|----|---|--|----------------------|---|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. | 02/14/14 | 0412A | Olympia | Seattle; Dr. Smith | 60 | \$ |
| 2. | 02/14/14 | 0408A | | | | \$ 20.00 |

Envíe el formulario completado a:

Department of Labor and Industries
PO Box 44269
Olympia WA 98504-4269