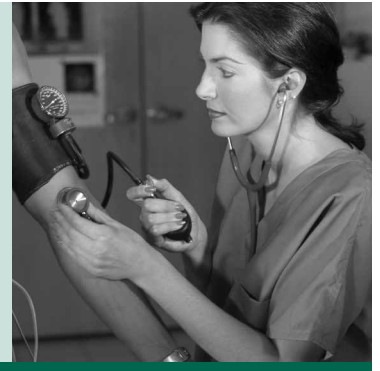


Su Examen Médico Independiente

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. Los exámenes médicos son requeridos 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 discapacidad.
- Existe una pregunta sobre el tipo o duración del tratamiento que usted necesita.
- Usted solicitó cerrar, reabrir o que sea aceptado su reclamo.
- Usted apelo 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 cuando y donde será. Es su responsabilidad cumplir con su cita.

¿Qué sucede si se necesita reprogramar el examen?

El departamento hace todo lo posible por programar la(s) cita(s) con los especialistas necesarios en una ubicación razonablemente conveniente para usted. Si tiene inquietudes sobre la ubicación o la programación de la cita, debe notificarnos al 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 (Independent Medical Exams, IME) al 1-800-468-7870.

Si usted tiene una buena razón para reprogramar su examen y lo notifica a L&I con suficiente tiempo, su reclamo no será afectado.

¿Tendré que pagar por el examen?

L&I pagara cualquier costo del examen si usted se presenta y colabora. Si no se presenta a su examen sin una buena causa, sus beneficios de tiempo perdido pueden reducirse 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?

Sí, el acompañante debe tener, al menos, 18 años y debe ser discreto y no interferir con el examen. Además, el acompañante no debe ser un representante legal, el empleado de un representante legal, su proveedor asistente o un empleado de su proveedor asistente.

¿Puedo grabar el examen?

Sí, usted tiene el derecho de grabar en audio y video el examen. Usted o su representante legal deben proporcionar una notificación al proveedor del IME indicando que planean grabar el examen, al menos, siete días calendario antes del examen. Usted es responsable de pagar cualquier costo asociado con la

grabación. Si elige grabar el examen, es posible que no pueda sostener el equipo de grabación mientras ocurre el examen. Además, debe tomar medidas para asegurar que el equipo de grabación no interfiera con el examen.

¿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, comuníquese 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 él 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 recibir compensación 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, L&I 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 periodo de un año a partir de la fecha de su examen. Usted debe firmar el formulario. (Vea las instrucciones del formulario.)

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

Comuníquese con la unidad de citas del IME 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 comuníquese con la unidad de citas del IME de L&I al 1-800-468-7870.
- **Si desea enviarnos comentarios sobre su experiencia durante el examen**, usted puede mandarnos un mensaje por correo electrónico a imecomplaints@lni.wa.gov o puede llamar 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.

🌐 Visite el sitio de Internet de L&I:
www.lni.wa.gov/espanol

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	Estado	Número de teléfono del trabajador
Código Postal		

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/go/F245-145-999.

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 los formularios completados por correo postal a:

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