

## Cómo solicitar una audiencia agilizada

Presente una declaración de disposición para proceder a una audiencia agilizada cuando usted necesite agilizar una audiencia para un reclamo que ha sido aceptado. También puede utilizar este formulario para solicitar una audiencia agilizada si la compañía de seguros no ha aprobado el tratamiento médico mientras está investigando su reclamo.

La ley exige que la compañía de seguros autorice el tratamiento médico necesario dentro de un día laborable después de que usted presente un formulario de reclamo de compensación para trabajadores, incluso mientras su reclamo se está investigando.

Además del tratamiento médico, usted también puede solicitar una audiencia agilizada en su oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board- WCAB*) para resolver un desacuerdo sobre:

- Incapacidad temporal o la cantidad de pagos de incapacidad temporal
- O cuando dos o más empleadores discuten sobre quién es responsable por los pagos de sus beneficios.

No importa cuál es el problema, sólo se fijará una audiencia si usted tiene un número de caso existente en la *WCAB*. Si usted no tiene un número de caso existente en la *WCAB*, también debe presentar una solicitud para adjudicación del reclamo (consulte la guía 4 de *I&A*), lo que abre un caso en para usted la *WCAB*.

Llene el formulario utilizando el ejemplo adjunto como guía. Revise las cuestiones en disputa. Proporcione una breve explicación del problema o problemas. Asegúrese de firmar y fechar el formulario. Presente con el formulario todas las pruebas que lo respalden, incluyendo todos los informes médicos correspondientes. Este formulario también se puede completar en:

[http://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/EAMS%20Forms/ADJ/DWCCAFORM10252\\_1.pdf](http://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/EAMS%20Forms/ADJ/DWCCAFORM10252_1.pdf)

Envíe el formulario original a su oficina local de la *WCAB* y copias a todas las partes.

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

- ✓ [Hoja de Portada de Documento](#)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Declaración de Disposición para Proceder a una Audiencia Agilizada)
- ✓ [Declaration of Readiness to Proceed to Expedited Hearing/Trial](#) (Declaración de Disposición para Proceder a Una Audiencia Agilizada)
- ✓ [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.

Todas las partes serán notificadas por correo cuando se fije una audiencia.

## Guía 6 de la Unidad de Información y Asistencia

Todos los documentos presentados en la *WCAB* deben incluir una hoja de portada de documento y una hoja de separador de documento. Por favor consulte las guías 17 y 18 de *I&A* para aprender cómo llenar estos formularios. Además todos los formularios deben ser escritos a máquina o a mano utilizando letra de molde para asegurar la legibilidad. Instrucciones para formularios adicionales pueden encontrarse en el manual de formularios *OCR* de *EAMS* en

[http://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS\\_OCR%20handbook.pdf](http://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 adjuntos a esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Web en [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov).

Si no tiene el nombre y la dirección de su compañía de seguros para completar un formulario, por favor enlace a <http://www.dir.ca.gov/DWC/EAMS/EAMS-LC/EAMSClaimsAdmins.asp>.

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

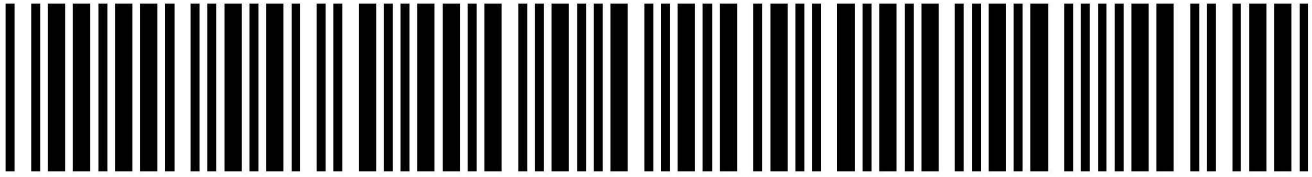
<p><b><u>ANAHEIM. 92806-2131</u></b>          1065 North Link, Suite 170          Information &amp; Assistance Unit (714) 414-1801</p>	<p><b><u>SACRAMENTO, 95834-2962</u></b>          160 Promenade Circle, Suite 300          Information &amp; Assistance Unit (916) 928-3158</p>
<p><b><u>BAKERSFIELD. 93301-1929</u></b>          1800 30<sup>th</sup> Street, Suite 100          Information &amp; Assistance Unit (661) 395-2514</p>	<p><b><u>SALINAS. 93906-2204</u></b>          1880 N Main Street, Suites 100 &amp; 200          Information &amp; Assistance (831) 443-3058</p>
<p><b><u>FRESNO. 93721-2219</u></b>          2550 Mariposa Street, Suite 4078          Information &amp; Assistance Unit (559) 445-5355</p>	<p><b><u>SAN BERNARDINO. 92401-1411</u></b>          464 W Fourth Street, Suite 239          Information &amp; Assistance Unit (909) 383-4522</p>
<p><b><u>LODI. 95240-6936</u></b>          3021 Reynolds Ranch Parkway, Suite 130          Information &amp; Assistance Unit (209) 948-7759</p>	<p><b><u>SAN DIEGO. 92108-4424</u></b>          7575 Metropolitan Drive, Suite 202          Information &amp; Assistance Unit (619) 767-2082</p>
<p><b><u>LONG BEACH. 90810-1870</u></b>          1500 Hughes Way, Suite C203          Information &amp; Assistance Unit (424) 450-2565</p>	<p><b><u>SAN FRANCISCO. 94102-7014</u></b>          455 Golden Gate Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor          Information &amp; Assistance Unit (415) 703-5020</p>
<p><b><u>LOS ANGELES. 90013-1105</u></b>          320 W 4<sup>th</sup> Street, 9<sup>th</sup> Floor          Information &amp; Assistance Unit (213) 576-7389</p>	<p><b><u>SAN JOSE. 95110-3718</u></b>          224 Airport Parkway, Suite 600          Information &amp; Assistance Unit (408) 277-1292</p>
<p><b><u>MARINA DEL REY. 90292-6902</u></b>          4720 Lincoln Boulevard, 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> Floors          Information &amp; Assistance Unit (310) 482-3820</p>	<p><b><u>SAN LUIS OBISPO. 93401-8736</u></b>          4740 Allene Way, Suite 100          Information &amp; Assistance Unit (805) 596-4159</p>
<p><b><u>OAKLAND. 94612-1499</u></b>          1515 Clay Street, 6<sup>th</sup> Floor          Information &amp; Assistance Unit (510) 622-2861</p>	<p><b><u>SANTA ANA. 92707-7704</u></b>          2 MacArthur Place, Suite 600          Information &amp; Assistance Unit (714) 942-7576</p>
<p><b><u>OXNARD. 93030-7912</u></b>          1901 N Rice Avenue, Suite 100          Information &amp; Assistance Unit (805) 485-3528</p>	<p><b><u>SANTA BARBARA. 93101-7538</u></b>          130 E Ortega Street          Information &amp; Assistance Unit (805) 568-1390</p>
<p><b><u>POMONA. 91768-1653</u></b>          732 Corporate Center Drive          Information &amp; Assistance Unit (909) 623-8568</p>	<p><b><u>SANTA ROSA. 95404-4771</u></b>          50 "D" Street, Suite 420          Information &amp; Assistance Unit (707) 576-2452</p>
<p><b><u>REDDING. 96002-0940</u></b>          250 Hemsted Drive, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite B          Information &amp; Assistance Unit (530) 225-2047</p>	<p><b><u>VAN NUYS. 91401-3370</u></b>          6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105          Information &amp; Assistance Unit (818) 901-5374</p>
<p><b><u>RIVERSIDE. 92501-3337</u></b>          3737 Main Street, Suite 300          Information &amp; Assistance Unit (951) 782-4347</p>	



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**

**SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN:

**NÚMERO DE CASO DE EAMS**

Specific Injury

**FECHA DE LA LESIÓN**

Case Number 1

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)

**SI ES UN CASO NUEVO DEJE EN BLANCO**

Body Part 1: \_\_\_\_\_

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

Body Part 3: \_\_\_\_\_

Body Part 2: \_\_\_\_\_

Body Part 4: \_\_\_\_\_

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

Other Body Parts: \_\_\_\_\_

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**

Specific Injury

Case Number 2

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 3: \_\_\_\_\_

Body Part 2: \_\_\_\_\_

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

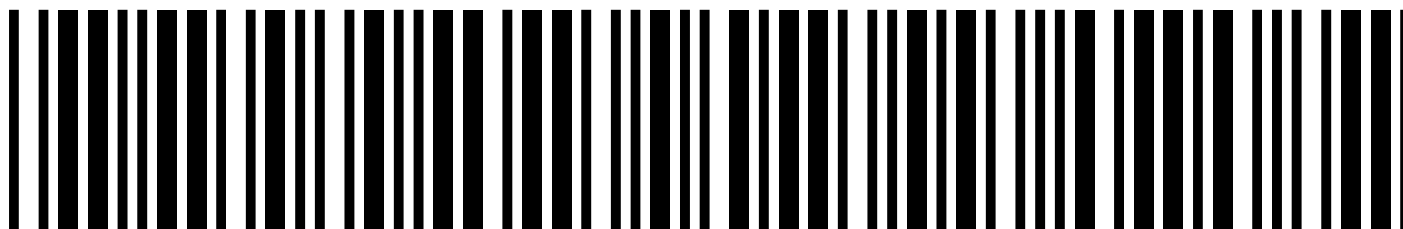
Los códigos de las partes del cuerpo que se enumeran a continuación se utilizan para llenar formularios que requieren la catalogación de las partes del cuerpo en cuestión. No presente este documento con sus formularios.

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.**

# DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

DECLARATION OF READINESS TO PROCEED TO EXPEDITED HEARING

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

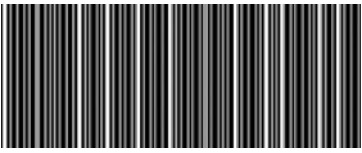
---

**Office Use Only**

Received Date

MM/DD/YYYY





**STATE OF CALIFORNIA  
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION  
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD  
DECLARATION OF READINESS  
TO PROCEED TO EXPEDITED HEARING (TRIAL)  
[Labor Code section 5502(b) ]**

**EJEMPLO**



NOTICE: Any objection to the proceedings requested by a Declaration of Readiness to proceed shall be filed and served within ten (10) days after service of the Declaration.

**NÚMERO DE CASO DE EAMS**

Case No. \_\_\_\_\_

**Applicant**

**SU PRIMER NOMBRE**

First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

**SU APELLIDO**

Last Name \_\_\_\_\_

**VS**

**Employer Information**

**NOMBRE DEL EMPLEADOR CON QUIÉN USTED TRABAJABA AL TIEMPO DE LA LESIÓN**

Employer Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words) \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR**

Employer Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words) \_\_\_\_\_

**CIUDAD DEL EMPLEADOR**

City \_\_\_\_\_

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

The Declarant requests that this case be set for expedited hearing and decision on the following issues:

- Entitlement to medical treatment per Labor Code § 4600, except issues determined pursuant to Labor Code §§ 4610 and 4610.5.
- Entitlement to temporary disability, or disagreement on amount of temporary disability.
- Whether there is a properly established MPN in which the employee may obtain treatment only issue heard at the hearing.) See Labor Code §§ 4603.2(a)(3); 5502(b)(B).
- Entitlement to compensation is in dispute because of a disagreement between employers and/or carriers.

**SELECCIONE LA RAZÓN  
POR LA CUAL ESTÁ  
SOLICITANDO UNA  
AUDIENCIA**

Declarant states under penalty of perjury that he or she has made the following specific, genuine, good faith efforts to resolve the dispute(s) listed above:

**DECLARE LOS ESFUERZOS QUE HA HECHO PARA RESOLVER LA DISPUTA**



Declarant states under penalty of perjury that there is a bona fide dispute; that he/she is presently ready to proceed to hearing; that his/her discovery is complete on said issues.

Declarant's Signature

**SU FIRMA**

**EJEMPLO**

**SI NO TIENE ABOGADO, ESCRIBA SU NOMBRE USANDO LETRAS DE MOLDE**

Name of declarant or name of the law firm of the declarant (Print or Type)

**SU DIRECCIÓN**

Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

**SU NÚMERO DE TELÉFONO**

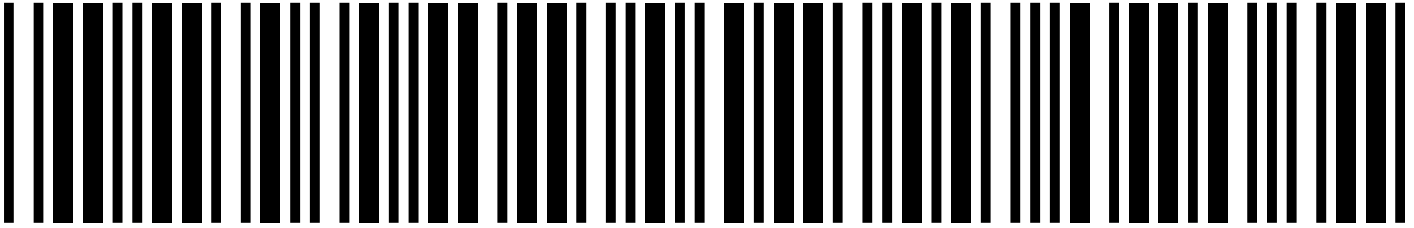
Date

**FECHA DE HOY**

Phone Number

MM/DD/YYYY

# DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date   
MM/DD/YYYY

Author

---

**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