

Estado de California, División de Compensación para Trabajadores  
**SOLICITUD DE PANEL DE EVALUADOR MÉDICO CALIFICADO**  
(Empleado sin representación legal)

**PARA SOLICITAR UN PANEL DE EVALUADOR MÉDICO CALIFICADO (QME por sus siglas en inglés) PARA UN EMPLEADO SIN REPRESENTACIÓN LEGAL:**

1. Complete este formulario (imprímalo y llene con letra de molde o llene en línea y imprímalo). Firme y feche en la parte inferior.
2. Si se hace una petición para determinar si la lesión está relacionada con el trabajo, incluya una copia de la notificación del administrador de reclamaciones que la reclamación fue negada, o una copia de la solicitud del administrador de reclamaciones para una evaluación.
3. Complete la Prueba de Notificación adjunta.
4. Para el empleado: Envíe el formulario completado y firmado y la Prueba de Entrega a:  
Division of Workers' Compensation - Medical Unit  
P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612  
(510) 286-3700 u (800) 794-6900
5. Para el empleado: Envíe por correo o entregue una copia firmada del formulario y Prueba de Entrega a su Administrador de Reclamaciones.
6. Para el Administrador de Reclamaciones/Abogado de Defensa: Envíe el formulario completado y firmado, adjunte una copia de la objeción por escrito a una opinión de un médico tratante, y Prueba de Entrega, a la Unidad Médica con una copia entregada al Empleado.

**Información de Solicitud de Panel:**

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Número de Reclamación: \_\_\_\_\_ Especialidad solicitada: \_\_\_\_\_  
(Seleccione sólo UNA especialidad)

Parte solicitante:  Empleado  Administrador de Reclamaciones  Abogado de Defensa

**Motivo de la solicitud de Panel QME (marque uno):**

- Para determinar si la lesión está relacionada con el trabajo (adjuntar aviso del administrador de reclamos de que la reclamación fue negada o una copia de la solicitud del administrador de reclamaciones para una evaluación).
- Objeción a la determinación del médico Tratante Primario con respecto a incapacidad temporal, incapacidad permanente, o la necesidad de atención médica en el futuro.
- Reclamación por lesiones en el trabajo se acepta para una o más partes del cuerpo, hay una disputa sobre partes del cuerpo adicionales.
- Otro (especificar disputa de tratamiento no médico): \_\_\_\_\_

**Información del empleado**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de Calle o Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Si actualmente no vive en el estado, escriba el código postal de California en la fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Si nunca ha residido en el estado, escriba el código postal de California acordado para la evaluación: \_\_\_\_\_

**Empleador/Información del Administrador de Reclamaciones**

Empleador: \_\_\_\_\_ Código Postal del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Administrador de Reclamaciones : \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador/Contacto (si se sabe): \_\_\_\_\_

Dirección de Calle o Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono. No: \_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE ENTREGA**

**Instrucciones:**

- 1. Complete la Prueba de Entrega.**
- 2. Para el Empleado: Envíe el formulario completado y firmado y la Prueba de Entrega a:  
Division of Workers' Compensation -- Medical Unit  
P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612  
(510) 286-3700 o (800) 794-6900**
- 3. Para el Empleado: Envíe por correo o entregue una copia firmada del formulario y la Prueba de Entrega a su Administrador de Reclamaciones.**
- 4. Para el Administrador de Reclamaciones/abogado de Defensa: Envíe el formulario firmado completado, adjunte una copia de la objeción por escrito a una opinión de un médico tratante, y la Prueba de Entrega a la Unidad Médica con una copia entregada al Empleado.**

Declaro que soy residente o empleado en el condado de \_\_\_\_\_, California; soy mayor de la edad de dieciocho años.

El \_\_\_\_\_, entregué el Formulario 105 completado adjunto a las siguientes partes:

por correo a:

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado o Administrador de Reclamaciones

\_\_\_\_\_  
Dirección de Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

entregado en mano a:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección de Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

**Declaro, bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.**

**Ejecutado el \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, California**

**Escriba a máquina o en letra de molde el Nombre: \_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_**

**Para uso con el Formulario 105 Pedido de Panel de Evaluador Médico Calificado (QME)**

**CODIGOS DE ESPECIALIDADES MD/DO**

MAA	Anestesiología	MHH	Cirugía Ortopédica - Mano
MAI	Alergia e Inmunología	MTO	Otorrinolaringología
MPA	Analgésicos	MHA	Patología
MDE	Dermatología	MPR	Medicina Física & Rehabilitación
MAI	Dermatología - Alergia e Inmunología	MPA	Medicina Física & Rehabilitación - Analgésicos
MEM	Medicina de Emergencia	MPS	Cirugía Plástica (aparte de la Mano)
MTT	Medicina de Emergencia - Toxicología	MHH	Cirugía Plástica - Mano
MFP	Práctica Familiar	MPD	Psiquiatría (aparte de Analgésicos)
MPM	Medicina General Preventiva	MPA	Psiquiatría - Analgésicos
MTT	Medicina General Preventiva - Toxicología	MSY	Cirugía (aparte de Espina Dorsal y de la Mano)
MMM	Medicina Interna	MHH	Cirugía - Mano
MAI	Medicina Interna - Alergia e Inmunología	MSG	Cirugía - Vascular General
MMV	Medicina Interna - Enfermedad Cardiovascular	MTS	Cirugía Torácica
MME	Medicina Interna - Endocrinología Diabetes y Metabolismo	MUU	Urología
MMG	Medicina Interna		
MMH	Medicina Interna - Hematología		
MMI	Medicina Interna - Enfermedad Infecciosa		
MMO	Medicina Interna – Medicina Oncológica		
MMN	Medicina Interna - Nefrología		
MMP	Medicina Interna- Enfermedad Pulmonar		
MMR	Medicina Interna - Reumatología		
MPN	Neurología		
MPA	Neurología – Analgésicos		
MNS	Cirugía Neurológica (aparte de la Espina Dorsal)		
MNB	Cirugía Neurológica - Espina Dorsal		
MOG	Obstetricia y Ginecología		
MOQ	Medicina con Distinta Calificación		
MPO	Medicina Ocupacional		
MTT	Medicina Ocupacional - Toxicología		
MOP	Oftalmología		
MOS	Cirugía Ortopédica (aparte de la Espina Dorsal o la Mano)		
MNB	Cirugía Ortopédica - Espina Dorsal		

**CODIGOS DE ESPECIALIDADES NO MD/DO**

ACA	Acupuntura
DCH	Quiropráctico
DEN	Odontología
OPT	Optometría
POD	Podología
PSY	Psicología

***¡No archive esta página con su formulario!***