

COLORADO DEPARTMENT OF LABOR AND EMPLOYMENT
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Información Sobre Exámenes Médicos Independientes

- Yo entiendo que voy a un examen médico independiente.
- Yo entiendo que el médico que hace el examen no es el mismo médico que me está dando tratamientos y que no tendré relación de paciente/doctor con ese médico. El médico en cargo del examen estará pagado por el empleador o el seguro de mi reclamo de compensación de trabajadores. Este médico escribirá un informe sobre la consulta, y me dará una copia del informe.
- Yo entiendo que el médico me va hacer preguntas sobre mi condición y / o historia médica y también puede revisar mis archivos médicos.
- Yo entiendo que el médico esta requerido por ley hacer una grabación de voz del examen. Por lo tanto, lo que está dicho durante el examen podría ser revisado y escuchado por otra gente en una fecha futura, y que yo no debo de tener expectativas de privacidad sobre asuntos relacionados a mi reclamo.
- Yo entiendo que una copia de la grabación está disponible a ambos partidos de mi reclamo y si alguien lo pide, antes de entregar la copia al solicitador, me entregarán una copia de la grabación. Entiendo que si he dicho algo durante el examen que es privado y no relacionado a mi reclamo, tengo el derecho de pedir que esa parte de la grabación sea borrada.
- Yo entiendo que tengo 20 días después de que me envían el reporte para pedir, por escrito, una copia de la grabación. Entiendo que el médico me puede cobrar la tarifa que está establecida en la lista de tarifas médicas por regla 18 para esta copia. Si creo que hay partes de la grabación que deben estar borrados, tengo que decirlo por escrito dentro de 15 días desde la fecha en que enviaron la grabación. Yo entiendo que información sobre el proceso está disponible por contactar a la Division of Workers' Compensation y / o visitar el sitio de web. Algo escrito en el reporte del médico no puede estar borrado.
- Yo entiendo que me tienen que entregar este documento de información de exámenes médicos independientes y que yo tengo que firmar este documento, por regla de la Division of Workers' Compensation. Yo entiendo que el hecho de negar a firmar este documento puede estar visto como un rechazo a someterme a un examen médico independiente. Yo entiendo que tal decisión pueda tener efecto en recibir mis beneficios.
- Yo entiendo que este documento tiene el propósito de entregar información específica del examen independiente. La información presentada aquí está limitada. Yo entiendo que puedo conseguir mas información y / o consulta legal si quiero. También entiendo que puedo llamar al Division para mas información sobre los requisitos de la Regla Ocho a 303-318-8700 o 888-390-7936.

Firma

Nombre

Fecha Firmado

For use by a language interpreter, if necessary

I, _____ (print name of interpreter) affirm that on this ____ day of _____, 20 ____, I read this document in its entirety to the individual whose name appears above in that person's native language, and that the person indicated an understanding of each and every provision contained on this form.

Signature