

justice

Generated by: Legal AI Assistant
April 26, 2026

29. Información General de PTP El Rol y la Regulación de los Médicos Tratantes Primarios en la Compensación para Trabajadores de California: Un Análisis Legal (PARTE-A ANÁLISIS PARA TRABAJADORES LESIONADOS)

28 de febrero de 2026 La información proporcionada a través de este Análisis impulsado por IA es únicamente para fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse como sustituto del consejo de un abogado calificado. Las leyes y los resultados legales varían según los hechos específicos y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

© 2026 The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Generado por un Asistente Legal de IA. Facilitado por The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Todos los derechos reservados.

EL ROL DE SU MÉDICO TRATANTE PRIMARIO EN LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES DE CALIFORNIA Este informe explica cómo el Médico Tratante Primario (PTP, por sus siglas en inglés) - el médico principal responsable de tratar su lesión laboral - funciona dentro del sistema de compensación para trabajadores de California. Su PTP tiene un poder significativo sobre su atención médica, sus beneficios y el monto de compensación que usted puede recibir. Comprender cómo elegir a su PTP, qué debe hacer su PTP por usted y cómo impugnar las decisiones médicas con las que no esté de acuerdo puede marcar una diferencia real en su reclamo.

Este informe cubre las leyes que se encuentran en el Código Laboral de California §§ 4600-4610.5 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>) y los reglamentos en el Código de Reglamentos de California, título 8, §§ 9780-9786 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>), así como los pasos prácticos que puede seguir.

Parte 1: Cómo Funciona la Compensación para Trabajadores de California

Panorama General del Sistema

El sistema de compensación para trabajadores de California es un programa administrado por el estado que paga la atención médica y los salarios perdidos cuando usted se lesiona en el trabajo. Es un sistema sin culpa, lo que significa que usted no tiene que demostrar que su empleador hizo algo mal - solo necesita demostrar que la lesión ocurrió en el trabajo o a causa de su trabajo. A cambio, generalmente no puede demandar a su empleador por la lesión. La ley exige que su empleador tenga seguro de compensación para trabajadores.

Código Laboral de California § 4600

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code%20A74600-right-to-medical-treatment-workers-comp/>) El sistema está diseñado para funcionar sin una audiencia judicial para la mayoría de los reclamos aceptados. El administrador de reclamos de su empleador - generalmente la compañía de seguros de compensación para trabajadores - procesa su reclamo y paga los beneficios. Usted tiene derecho a tratamiento médico, pagos por incapacidad temporal (dinero mientras no puede trabajar), pagos por incapacidad permanente (dinero por lesiones duraderas) y ayuda para regresar al trabajo.

Lo que Su Empleador Debe Proporcionar

Según el Código Laboral de California § 4600

(<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4600/>), su empleador debe pagar todo el tratamiento médico que sea "razonablemente necesario para curar o aliviar" los efectos de su lesión

laboral. Esto incluye visitas al médico, cirugía, atención quiropráctica, acupuntura, estancias hospitalarias, medicamentos, equipo médico y terapia física. Usted no paga copagos, deducibles ni costos de bolsillo por el tratamiento relacionado con su lesión laboral.

Por qué Su PTP es Importante

Su Médico Tratante Primario es el médico que administra toda su atención médica por la lesión laboral. Las opiniones médicas del PTP determinan en gran medida si usted recibe beneficios, cuánto tiempo los recibe y cuánta compensación obtiene. Cuando su PTP dice que su condición está relacionada con el trabajo, eso generalmente activa la obligación de la compañía de seguros de pagar. Cuando su PTP dice que usted ha alcanzado la mejoría médica máxima (MMI) - lo que significa que no se espera que su condición mejore mucho más - sus pagos por incapacidad temporal se detienen y se calcula su calificación de incapacidad permanente.

Importante: Los informes y opiniones de su PTP controlan directamente su acceso a los beneficios. Elegir el PTP adecuado y comunicarse claramente con ese médico son dos de las cosas más importantes que puede hacer por su reclamo.

Parte 2: Elegir a Su Médico Tratante Primario

El Control Inicial del Empleador

Cuando usted reporta por primera vez una lesión laboral, el administrador de reclamos de su empleador generalmente tiene el derecho de elegir a su médico tratante durante los primeros 30 días de tratamiento. Después de 30 días, usted obtiene el derecho de elegir su propio médico dentro de una distancia razonable de su hogar o lugar de trabajo. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9781 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9781.html>) Sin embargo, hay excepciones importantes a esta regla que pueden darle más control desde el principio.

Predesignación de Su Médico Personal

La redesignación significa que usted elige su propio médico antes de lesionarse en el trabajo. Si redesigna correctamente, puede ver a su propio médico de inmediato después de una lesión - el empleador no tiene control sobre su atención médica inicial. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9780.1 (https://www.dir.ca.gov/t8/9780_1.html) Para redesignar, debe cumplir con tres requisitos:

Debe dar a su empleador una notificación por escrito antes de la lesión con el nombre de su médico, la dirección comercial y el nombre de su plan de seguro médico.

Debe tener seguro médico para lesiones no relacionadas con el trabajo al momento de la lesión.

Su médico debe aceptar por escrito ser redesignado antes de que ocurra la lesión.

El DWC proporciona un Formulario de Predesignación 9783 opcional (<https://sfdhr.org/physician-pre-designation>), pero cualquier notificación por escrito que cumpla con estos requisitos es aceptable.

Importante: Si usted redesigna válidamente, el empleador no puede obligarlo a entrar en una Red de Proveedores Médicos. Esto le da el máximo control sobre su atención médica. Guarde una copia de su formulario de redesignación en un lugar seguro.

Redes de Proveedores Médicos (MPN)

Una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) es un grupo de médicos y proveedores médicos aprobados por la compañía de seguros de su empleador. Si su empleador tiene una MPN, generalmente debe elegir su médico de esa red. Código Laboral de California § 4616 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article2/section-4616-4616.7/4616>) Según el Código de Reglamentos de California, tít. 8, § 9767.5 (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-anemployee-chooses-to-treat-with-a-specialist>), una MPN debe proporcionar:

Al menos tres médicos tratantes primarios dentro de 30 minutos o 15 millas de donde usted vive o trabaja

Especialistas dentro de 60 minutos o 30 millas de donde usted vive o trabaja

Cuando usted ingresa a la MPN, el administrador de reclamos debe proporcionarle una lista de médicos disponibles.

Después de su primera visita, usted puede cambiarse a otro médico dentro de la MPN sin pedir permiso. Información sobre la MPN del DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmprmain.html>) Importante: Si la MPN no cuenta con un especialista que usted necesita dentro de la distancia requerida, es posible que tenga derecho a consultar a un médico fuera de la red.

Reglas Especiales para Quiroprácticos y Acupunturistas

Los quiroprácticos pueden actuar como su PTP, pero California lo limita a 24 visitas quiroprácticas por lesión, a menos que su empleador apruebe más por escrito. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>); véase también la explicación sobre los límites quiroprácticos (<https://www.blanelaw.com/faqs/chiropractic-care-in-a-ca-workers-comp-case.cfm>). Los acupunturistas también pueden actuar como médicos tratantes sin un límite de visitas, pero deben ejercer dentro de su ámbito legal. Guía de Médicos de CWCI (<https://www.cwci.org/Physicians.html>)

Parte 3: Las Responsabilidades de Presentación de Informes de su PTP

El Primer Informe del Médico (Formulario 5021)

Su PTP debe presentar el Primer Informe del Médico sobre Lesión o Enfermedad Ocupacional (Formulario DWC 5021) al administrador de reclamos dentro de los 5 días hábiles posteriores a su primer examen. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>); Formulario DWC 5021 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/5021.pdf>) Este informe debe incluir:

Su información personal y descripción de la lesión

La fecha y cómo ocurrió la lesión

El diagnóstico inicial y los hallazgos del examen del médico

Resultados de pruebas (radiografías, análisis de laboratorio, etc.)

Un plan de tratamiento (qué atención necesita, con qué frecuencia y por cuánto tiempo)

Su estado laboral (si puede trabajar, necesita tareas modificadas o no puede trabajar en absoluto)

El médico firma este informe bajo pena de perjurio, lo que significa que jura que es verdadero y correcto.

Instrucciones del Formulario DWC 5021

Informes de Progreso (Formulario PR-2)

Su PTP debe presentar informes de progreso cuando ocurran ciertos eventos. Conforme a Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785(f) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>), el PTP tiene 20 días para informar cuando:

Su condición cambia inesperadamente

El plan de tratamiento cambia (nueva cirugía, derivación, equipo, etc.)

Usted puede regresar al trabajo modificado o regular

Usted necesita dejar de trabajar o cambiar sus restricciones laborales

Usted es dado de alta del cuidado médico

El médico considera que su discapacidad permanente le impedirá desempeñar su trabajo habitual

Incluso si no ocurre ninguno de estos eventos, el PTP debe presentar un informe de progreso al menos cada 45 días mientras continúe el tratamiento.

Coordinación con Otros Médicos

Su PTP es responsable de recopilar los informes de todos los médicos secundarios - otros médicos que lo examinan o tratan pero que no son su médico principal. Dentro de los 20 días de recibir el informe de un médico secundario, el PTP debe revisarlo, comentar sobre los hallazgos y enviar todo al administrador de reclamos. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) Crítico: Si su PTP no presenta los informes a tiempo o presenta informes incompletos, el administrador de reclamos puede solicitar reemplazar a su médico. Esta es una de las razones más comunes por las que se cambia a los PTP.

Parte 4: Informes de Discapacidad Permanente y Regreso al Trabajo

Cuando Usted Alcanza la Máxima Mejoría Médica

Cuando su PTP determina que usted ha alcanzado el estado permanente y estacionario (P&S) - lo que significa que su condición es estable y es poco probable que cambie mucho en el próximo año - el PTP debe presentar un informe final detallado dentro de los 20 días. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785(a)(8)

(<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) El PTP utiliza el Formulario DWC PR-4

(<https://www.dir.ca.gov/dwc/PR-4.pdf>) (para lesiones evaluadas bajo el programa de 2005) o el Formulario DWC PR-3 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/PR-3.pdf>) (para lesiones bajo el programa de 1997). Este informe debe incluir:

Hallazgos objetivos del examen

Sus capacidades y limitaciones funcionales

Restricciones laborales específicas (por ejemplo, "no puede levantar más de 10 libras")

Cualquier necesidad de atención médica futura

Una determinación de prorrato - explicada a continuación

Entendiendo el Prorrato (Apportionment)

El prorrateo significa dividir su discapacidad permanente entre distintas causas. Conforme al Cal. Lab. Code § 4663

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74663-apportionment-of-permanent-disability/>), todo informe sobre discapacidad permanente debe indicar qué porcentaje fue causado por su lesión laboral y qué porcentaje fue causado por otros factores (tales como lesiones previas o condiciones preexistentes).

Importante: Si el informe del PTP no incluye una determinación de prorrateo, el informe se considera incompleto y será devuelto para corrección. Esto puede retrasar sus beneficios de manera significativa.

El Informe de Regreso al Trabajo y Vale (Voucher)

Cuando el PTP determina que usted tiene una discapacidad parcial permanente, también debe completar el Informe del Médico de Regreso al Trabajo y Vale (DWC-AD 10133.36). Este formulario documenta qué trabajo puede y no puede realizar. Si su empleador no le ofrece un trabajo adecuado, usted puede calificar para un Beneficio Suplementario por Desplazamiento Laboral (SJDB, por sus siglas en inglés) - un vale por un valor de hasta \$6,000 que puede utilizar para educación o capacitación en una escuela aprobada. Preguntas Frecuentes sobre SJDB del DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/sjdb/sjdb_faq.html)

Parte 5: Obtención de la Autorización para Tratamiento Médico

El Proceso de Solicitud de Autorización (RFA)

Cuando su Médico Tratante Primario (PTP) recomienda un tratamiento que requiere autorización, el médico debe presentar una Solicitud de Autorización (RFA) al administrador de reclamos utilizando el Formulario DWC RFA (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf). La RFA debe describir el tratamiento solicitado, el diagnóstico e incluir los registros médicos de respaldo. Obtención de Autorización para Tratamiento (<https://www.gsscomplaw.com/your-rights/getting-medical-treatment-authorized/>)

Revisión de Utilización (UR)

La revisión de utilización es el proceso que usa la compañía de seguros para decidir si aprueba, modifica, demora o niega su tratamiento. Conforme al Cal. Lab. Code § 4610 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>), el administrador de reclamos debe tomar una decisión dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de la RFA (o hasta 14 días si se requiere más información). En casos urgentes que involucren amenazas graves para la salud, la decisión debe emitirse dentro de 72 horas.

El revisor de UR debe basar su decisión en el Calendario de Utilización de Tratamiento Médico (MTUS), el cual utiliza directrices médicas basadas en evidencia del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM).

Información sobre el MTUS del DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>). Se presume correcto el tratamiento que sigue las directrices del MTUS y debe ser aprobado.

Importante: Solo un médico con licencia puede negar o modificar una solicitud de tratamiento. Si se niega el tratamiento, usted debe recibir una explicación por escrito con las razones clínicas.

Revisión Médica Independiente (IMR)

Si la decisión de UR niega o modifica su tratamiento basándose en la necesidad médica (es decir, que el

revisor dice que el tratamiento no es necesario), usted tiene el derecho de solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) dentro de 30 días. Cal. Lab. Code § 4610.5 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article2/section-4610-5/>); Preguntas Frecuentes sobre IMR del DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) Así es como funciona el proceso de IMR:

Usted completa y presenta el Formulario DWC IMR-1 ante la Unidad Médica del DWC.

El DWC cuenta con 15 días para decidir si su solicitud califica para revisión.

Si califica, un revisor independiente (contratado a través de MAXIMUS) revisa sus registros médicos dentro de 30

días.

El revisor decide si el tratamiento es médicamente necesario - sin examinarlo en persona.

Si el revisor determina que el tratamiento es necesario, la compañía de seguros debe autorizarlo y pagarlo.

Importante: La determinación del IMR es definitiva y vinculante. Esta suele ser su herramienta más poderosa cuando se le niega un tratamiento.

Parte 6: Resolución de Disputas sobre su Atención Médica

Disputas sobre el Tratamiento dentro de una MPN

Si usted no está de acuerdo con el diagnóstico o plan de tratamiento de su PTP y se encuentra en una Red de Proveedores Médicos (MPN), puede solicitar una segunda opinión de otro médico de la MPN. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.7 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html):

Notifique a su empleador o contacto de la MPN que desea una segunda opinión

Elija un médico de la lista de la MPN dentro de 60 días

Si la segunda opinión difiere de la primera, puede solicitar una tercera opinión

Si aún no está de acuerdo tras la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente de la MPN

Disputas sobre Calificaciones de Incapacidad o Causalidad

Si usted no está de acuerdo con la opinión de su PTP respecto a si su lesión fue causada por el trabajo, el nivel de su incapacidad permanente o sus restricciones laborales, puede solicitar una evaluación por un Examinador Médico Calificado (QME). Preguntas Frecuentes sobre QME del DWC

(<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalunit/faqiw.html>) La Unidad Médica del DWC proporcionará un panel seleccionado aleatoriamente de tres QMEs con experiencia médica relevante. Usted debe elegir uno y programar una cita dentro de 10 días. El QME lo examina y emite un informe dentro de 30 días.

Si usted tiene un abogado, su abogado y el administrador de reclamos pueden acordar un Evaluador Médico Acordado (AME) en lugar de usar el panel aleatorio.

Peticiones para Cambiar a su PTP

Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9786 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9786.html>), el administrador de

reclamos puede presentar una petición para reemplazar a su PTP con justa causa, incluyendo:

No presentar los informes requeridos a tiempo

No presentar informes completos de progreso dos o más veces en 12 meses

Tratamiento que no sigue el plan de tratamiento presentado

El consultorio del médico está demasiado lejos

Un conflicto de interés

Usted y su PTP cuentan con 20 días para responder a la petición. El Director Administrativo debe decidir dentro de 45 días.

Nota: El administrador de reclamos no puede solicitar el cambio de su PTP simplemente porque esté en desacuerdo con el tratamiento o considere que usted ya no necesita atención. Esas disputas deben presentarse ante la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (WCAB).

Si Su Reclamo Es Negado

Si el administrador de reclamos niega la totalidad de su reclamo (alegando que su lesión no está relacionada con el trabajo), usted puede presentar una Solicitud de Adjudicación de Reclamo ante la WCAB para solicitar una audiencia ante un juez. DWC - Si Mi Reclamo Fue Negado

(<https://www.dir.ca.gov/dwc/myclaimwasdenied.htm>) Importante: Mientras se investiga su reclamo, usted tiene derecho a recibir hasta \$10,000 en tratamiento médico, el cual el empleador debe autorizar dentro de un día hábil después de recibir su formulario de reclamo. Preguntas Frecuentes del DWC para Empleados (<https://www.dir.ca.gov/dwc/wcfaqiw.html>)

Parte 7: Cronograma Paso a Paso de Su Reclamo Después de Sufrir una Lesión

Día 1: Reporte su lesión a su supervisor o empleador de inmediato.

Dentro de 1 día hábil: Su empleador debe entregarle un Formulario de Reclamo del DWC (DWC-1). Complételo, fírmelo y devuélvalo.

Días 1 a 7: El administrador de reclamos proporciona una lista de médicos (si aplica la MPN) o selecciona un médico. Programe su primera cita.

Dentro de 5 días hábiles de su primer examen: Su PTP debe presentar el Primer Informe del Médico (Formulario 5021) al administrador de reclamos.

Durante el Tratamiento Continuo

Su PTP proporciona el tratamiento conforme al plan de tratamiento.

Si su condición cambia, su estado laboral cambia o el plan de tratamiento cambia, el PTP debe presentar un informe de progreso dentro de 20 días.

Si nada cambia pero el tratamiento continúa, el PTP aún debe presentar un informe cada 45 días.

Si su médico recomienda un nuevo tratamiento que requiere autorización, el médico presenta una RFA. La compañía de seguros tiene 5 días hábiles para responder.

Cuándo Finaliza el Tratamiento

Su PTP determina que usted se encuentra permanente y estacionario.

Dentro de los 20 días, el PTP presenta el informe final (Formulario PR-4 o PR-3) con las conclusiones sobre la

discapacidad, las restricciones laborales y el prorrateo.

El PTP completa el Informe de Regreso al Trabajo y Vale (Return-to-Work & Voucher Report) si usted tiene una discapacidad parcial permanente.

El administrador de reclamos calcula sus beneficios por discapacidad permanente y, si corresponde, proporciona un vale por desplazamiento laboral dentro de los 20 a 25 días.

Usted tiene hasta 2 años para utilizar el vale SJDB para educación o capacitación.

Parte 8: Protegiéndose a Sí Mismo - Consejos Prácticos

Elegir a su Médico con Sabiduría

Antes de que ocurra cualquier lesión: Considere predesignar a su médico personal. Esto le da el mayor control.

Si está en una MPN: Solicite el directorio completo de proveedores. Pregunte a otros trabajadores lesionados, representantes sindicales o defensores de empleados sobre la reputación de los médicos. Recuerde que puede cambiar de médico dentro de la MPN después de su primera visita.

Si no aplica ninguna MPN: Después de 30 días, puede elegir a cualquier médico dispuesto dentro de una distancia razonable.

Comunicándose con su PTP

Proporcione a su PTP información completa sobre sus deberes laborales, cómo ocurrió la lesión y todos sus síntomas.

Traiga su historial médico completo, incluyendo lesiones y cirugías anteriores.

Discuta todo dolor, limitaciones y dificultades - su PTP depende de lo que usted reporta.

Pida a su PTP que documente claramente sus restricciones (por ejemplo, "no puede estar de pie más de 2 horas" en lugar de solo "estar de pie limitado").

Revise los informes de su PTP en busca de errores y contacte al médico de inmediato si algo está incorrecto.

Cuando se Deniega el Tratamiento

Asegúrese de que el RFA incluya todos los registros médicos y la documentación de respaldo.

Si tiene una necesidad de salud urgente, solicite una revisión expedita (decisión en 72 horas).

Presente su solicitud de IMR dentro del plazo de 30 días - no pierda este plazo.

Reúna literatura médica que respalde su tratamiento, especialmente si difiere de las pautas estándar del MTUS.

Protegiendo el Estatus de su Médico

Su PTP puede ser reemplazado si no se cumplen los requisitos de presentación de informes. Aunque usted no puede controlar el consultorio de su médico, sí puede:

Preguntar al consultorio de su PTP si los informes se han presentado a tiempo.

Conservar copias de todos los registros médicos e informes.

Hacer seguimiento si cree que los informes requeridos están vencidos.

Parte 9: Registros Médicos y Privacidad

HIPAA y sus Registros de Lesiones Laborales

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) protege sus registros médicos, pero permite la divulgación de información a las compañías de seguros de compensación de trabajadores para fines de procesamiento de reclamos. Guía HIPAA del HHS - Compensación de Trabajadores

(<https://www.hhs.gov/hipaa/forprofessionals/privacy/guidance/disclosures-workers-compensation/index.html>)

Su médico solo debe compartir información médica que sea relevante para su lesión laboral. El historial médico no relacionado no debe ser divulgado sin su permiso por escrito. Sin embargo, la ley de California otorga a los empleadores y aseguradoras amplio acceso a los registros médicos en los casos de compensación de trabajadores.

Se le puede pedir que firme un formulario de autorización para la divulgación de registros médicos.

Nota: Si le preocupa qué información médica se está compartiendo, hable con su PTP o consulte a un abogado de compensación de trabajadores.

Parte 10: Guía de Referencia de Formularios Clave

| Formulario | Nombre | Cuándo se Utiliza |

|---|---|---|

| 5021 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/5021.pdf>) | Primer Informe del Médico | Dentro de los 5 días laborables del primer examen |

| PR-2 | Informe de Progreso | Cuando ocurren eventos desencadenantes o cada 45 días |

| PR-3 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/PR-3.pdf>) | Informe P&S (tabla de Evaluación 1997) | final de la discapacidad (lesiones más antiguas) |

| PR-4 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/PR-4.pdf>) | Informe P&S (tabla de Evaluación 2005) | final de la discapacidad (la mayoría de las lesiones) |

| 9783 (<https://sfdhr.org/physician-pre-designation>) | Formulario de Predesignación de Médico | Antes de cualquier lesión - para elegir a su médico con anticipación |

| 9783.1 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/DWCFORM97831.pdf>) | Predesignación de Quiropráctico/Acupunturista | Antes de cualquier lesión - quiropráctico o acupunturista |

| RFA (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf) | Solicitud de Autorización | Cuando el médico solicita la aprobación del tratamiento |

| IMR-1 | Solicitud de Revisión Médica Independiente | Cuando la UR deniega el tratamiento (dentro de los 30 días) |

| 10133.36 | Informe de Regreso al Trabajo y Vale | Se presenta con el informe final de P&S |

| 10133.35 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/SJDB/10133.35.pdf>) | Aviso de Oferta de Trabajo Modificado/Alternativo | Cuando el empleador ofrece trabajo modificado |

Referencias

Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785 - Deberes de Presentación de Informes del Médico Tratante Primario. Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html> (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>)

Cal. Code Regs. tit. 8, § 9786 - Petición para Cambio de Médico Tratante Primario. Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/t8/9786.html> (<https://www.dir.ca.gov/t8/9786.html>)

Cal. Code Regs. tit. 8, § 9780.1 - Predesignación del Médico Personal por parte del Empleado. Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/t8/97801.html> (<https://www.dir.ca.gov/t8/97801.html>)

Cal. Code Regs. tit. 8, § 9781 - Solicitud del Empleado para Cambio de Médico. Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/t8/9781.html> (<https://www.dir.ca.gov/t8/9781.html>)

Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5 - Estándares de Acceso de la MPN y Tratamiento por Especialista. Sullivan on Comp. <https://www.sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist> (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.7 - Segunda y Tercera Opinión en las MPN. Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/t8/97677.html> (<https://www.dir.ca.gov/t8/97677.html>)

Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1 - Estándares, Plazos y Procedimientos de Revisión de Utilización. Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html> (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)

Cal. Lab. Code § 4600 - Derecho al Tratamiento Médico. Employees First Labor Law. <https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74600-right-to-medical-treatment-workers-comp/> (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74600-right-to-medical-treatment-workers-comp/>)

Cal. Lab. Code § 4600 (Texto Completo). Justia. <https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division4/4600-4614.1/4600/> (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4600/>)

Cal. Lab. Code § 4603.2 - Selección del Médico y Notificación. Justia. <https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4603-2/> (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4603-2/>)

Cal. Lab. Code § 4610.5 - Revisión Médica Independiente. Justia. <https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/> (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>)

Cal. Lab. Code § 4616 - Redes de Proveedores Médicos. Justia.

<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-46164616.7/4616>
(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section4616-4616.7/4616>)

Cal. Lab. Code § 4663 - Prorrato de la Incapacidad Permanente. Employees First Labor Law.

<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74663-apportionment-of-permanent-disability/>
(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74663-apportionment-of-permanent-disability/>)

Primer Informe del Médico sobre Lesión o Enfermedad Ocupacional del DWC (Formulario 5021).

Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/5021.pdf>
(<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/5021.pdf>)

Instrucciones del Formulario 5021 del DWC - DaisyBill.

<https://kb.daisybill.com/articles/doctor-s-first-report-ofoccupational-injury-or-illness-form-5021>
(<https://kb.daisybill.com/articles/doctor-s-first-report-ofoccupational-injury-or-illness-form-5021>)

Formulario PR-3 del DWC - Informe Permanente y Estacionario del Médico Tratante Primario (Esquema de

1997). Departamento de Relaciones Industriales de California. <https://www.dir.ca.gov/dwc/PR-3.pdf>
(<https://www.dir.ca.gov/>)