

justice

Generated by: Legal AI Assistant

April 26, 2026

Referencias PTP Remisiones del Médico Tratante Principal en la Compensación de Trabajadores de California: Obligaciones Legales, Derechos de los Empleados y Procedimientos de Disputa (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 un sustituto del asesoramiento 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.

REMISIONES DEL MÉDICO TRATANTE PRINCIPAL EN LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE CALIFORNIA: SUS DERECHOS, OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE DISPUTA

Este informe explica cómo funcionan las remisiones de su Médico Tratante Principal (el médico principal que maneja su lesión laboral) bajo la ley de compensación de trabajadores de California. Cubre lo que su empleador debe hacer, lo que su médico debe hacer, y lo que usted puede hacer si no está recibiendo la atención médica que necesita. Una resolución judicial de 2019 llamada *Pena v. Aqua Systems* cambió las reglas significativamente a su favor: su empleador no puede exigir una remisión de su médico principal antes de autorizarle a ver a un especialista. Este informe le guía a través de la ley, sus derechos y los pasos a seguir cuando surgen problemas.

Parte 1: Su Derecho a Tratamiento Médico Bajo la Ley de California

Esta sección cubre la regla legal básica de que su empleador debe pagar por todo el tratamiento médico razonable para su lesión laboral.

La Obligación del Empleador de Proporcionar Tratamiento

Bajo la ley de California, su empleador tiene el deber legal de pagar por su atención médica cuando usted se lesiona en el trabajo.

El Código Laboral de California § 4600

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600/>) exige que su empleador proporcione "tratamiento médico, quirúrgico, quiropráctico, de acupuntura y hospitalario, incluyendo enfermería, medicamentos, suministros médicos y quirúrgicos, muletas y aparatos...que sea razonablemente requerido para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de su lesión." Esto no es opcional - es una obligación mandatoria.

Importante: Si su empleador no proporciona tratamiento, usted puede obtenerlo por su cuenta y su empleador

debe reembolsarle. Este derecho está escrito directamente en el Código Laboral § 4600 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600/>).

¿Qué es un Médico Tratante Principal?

Su Médico Tratante Principal (PTP, por sus siglas en inglés) es el único médico que es principalmente responsable de manejar su atención por su lesión laboral. Bajo el Código de Regulaciones de California Título 8, § 9785(a)(1) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>), el PTP se define como "el médico que es principalmente responsable de manejar la atención de un empleado, y que ha examinado al empleado al menos una vez con el propósito de prestar o prescribir tratamiento y ha monitoreado el efecto del tratamiento posteriormente."

Reglas clave sobre su PTP:

Puede tener solo un PTP a la vez

Su PTP puede ser elegido por su empleador, seleccionado por usted de una lista aprobada, o designado a través de una Red de Proveedores Médicos (MPN) - un grupo de médicos con los que su empleador ha contratado bajo el Código Laboral § 4616

(<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4616-4616.7/4616/>)

Puede cambiar su PTP si su PTP actual determina que necesita tratamiento médico continuo o futuro

Predesignación de Su Propio Médico

Usted tiene un derecho poderoso que muchos trabajadores desconocen. Bajo el Código Laboral § 4600(d) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600/>), usted puede predesignar un médico personal antes de que ocurra cualquier lesión. Si notifica a su empleador por escrito antes de una lesión que tiene un médico personal, puede ser tratado por ese médico desde el primer día de su lesión - incluso si ese médico no está en la MPN de su empleador.

Para calificar, el médico debe:

Ser su médico habitual con licencia en California

Haber dirigido previamente su tratamiento médico y tener sus registros médicos

Aceptar ser predesignado

Parte 2: Deberes de Reporte y Remisión de Su Médico

Esta sección explica lo que su PTP debe reportar a la compañía de seguros de su empleador y cuándo las remisiones deben ser documentadas.

El Primer Informe del Médico

Dentro de los 5 días hábiles de su primer examen, su PTP debe presentar un Primer Informe del Médico sobre Lesión o Enfermedad Ocupacional (Formulario DLSR 5021) al administrador de reclamos (la persona o compañía que maneja el seguro de compensación de trabajadores de su empleador). Este informe debe incluir los tratamientos planificados, cualquier remisión planificada a especialistas, cualquier cirugía u hospitalización planificada, y cualquier terapia física planificada. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) requiere que esta información sea documentada desde el inicio de su

atención.

Cuándo Debe Su Médico Presentar Informes de Progreso

Su PTP debe presentar un informe de progreso al administrador de reclamos dentro de 20 días cuando ocurren ciertos eventos.

Bajo Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785(f) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>), estos eventos desencadenantes incluyen:

Su condición cambia inesperadamente

Su plan de tratamiento cambia significativamente

Surge una nueva necesidad de remisión o consulta con otro médico

Surge una nueva necesidad de cirugía u hospitalización

Hay un cambio en la terapia física u otros métodos de tratamiento

Hay una necesidad de equipo médico

Incluso si nada cambia, su PTP debe presentar un informe de progreso al menos cada 45 días durante el tratamiento continuo. Esto evita que su atención continúe sin una justificación médica actualizada.

Cómo los Médicos Secundarios Reportan a Su PTP

Un médico secundario es cualquier especialista u otro médico al que lo remiten para atención adicional. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785(e)(3)-(4) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>), los médicos secundarios deben reportar sus hallazgos a su PTP. Su PTP entonces tiene 20 días para revisar esos hallazgos, ya sea estar de acuerdo o en desacuerdo con ellos, y enviar todo al administrador de reclamos.

Importante: Si su PTP no incorpora o no responde al informe de un médico secundario dentro de 20 días sin causa justificada, eso constituye una violación regulatoria. Puede debilitar la credibilidad de su PTP y puede exponer al administrador de reclamos a responsabilidad por atención demorada.

Parte 3: La Doctrina Pena - Usted No Necesita una Referencia del PTP

Esta sección explica el fallo histórico de 2019 que protege su derecho a ver a un especialista sin esperar a que su PTP redacte una referencia.

Qué Pasó en Pena v. Aqua Systems

En 2019, la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores (WCAB, por sus siglas en inglés) - la agencia estatal que decide las disputas de compensación para trabajadores - emitió un fallo en *Pena v. Aqua Systems* (<https://dclbv.com/newsletters/2019/q3/ptp-referral-and-rfa-are-not-required/>) que cambió cómo funcionan las referencias en California. Un trabajador lesionado llamado Miguel Pena tuvo un médico psiquiatra que confirmó que sufría una lesión psiquiátrica relacionada con el trabajo. Solicitó tratamiento psiquiátrico el 6 de julio de 2018, pero su empleador se negó a autorizarlo hasta el 25 de octubre de 2018 - una demora de tres meses. El empleador argumentó que Pena necesitaba primero una referencia de su PTP.

La WCAB rechazó este argumento. El panel declaró claramente: "No existe ningún requisito de que el Médico

Tratante Primario del solicitante haga una referencia o presente una Solicitud de Autorización antes de que se active la obligación del empleador de proporcionar tratamiento."

Qué Significa Esto para Usted

El fallo Pena estableció tres reglas importantes:

Usted puede solicitar tratamiento secundario directamente. Cuando usted (o su abogado) solicita al administrador de reclamos atención especializada para una parte del cuerpo aceptada, esa solicitud por sí sola activa el deber del empleador bajo el Código Laboral § 4600

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600/>) de proporcionar tratamiento. Usted no necesita que su PTP redacte primero una referencia.

Pedir ver a un especialista no es un "plan de tratamiento." La WCAB explicó que elegir a un médico para que lo evalúe no es lo mismo que solicitar un tratamiento médico específico. El empleador no puede utilizar el proceso de revisión de utilización (explicado en la Parte 4) para demorar su acceso inicial a un especialista.

Las demoras sin motivo justificado dan lugar a sanciones. Bajo el Código Laboral § 5814

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A75814-penalties-for-unreasonable-delay-or-denial/>), si su empleador demora irrazonablemente la provisión de su atención médica, usted puede recibir una sanción de hasta el 25% del beneficio demorado (o \$10,000, lo que sea menor), más los honorarios de abogado.

El Estándar de "Duda Genuina"

La única excusa aceptable para demorar su tratamiento secundario es si el empleador tiene una duda médica o legal genuina sobre si su lesión está relacionada con el trabajo o si el tratamiento aplica a su condición aceptada. Esta duda debe ser real y estar documentada. En Pena, el empleador nunca intentó impugnar los hallazgos del médico psiquiatra y nunca realizó una investigación adicional - por lo que la WCAB determinó que la demora fue irrazonable y otorgó una sanción.

Crítico: Su empleador no puede simplemente quedarse callado o demorarse. Si el empleador duda de la responsabilidad, debe documentar esa duda por escrito. El mero silencio o la demora no son suficientes.

Parte 4: Revisión de Utilización y Autorización de Tratamiento

Esta sección explica cómo su empleador revisa las solicitudes de tratamiento médico y qué sucede cuando se niega el tratamiento.

¿Qué es la Revisión de Utilización?

La Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés) es un proceso mediante el cual su empleador revisa la recomendación de tratamiento de un médico para decidir si es médicamente necesaria. Bajo el Código Laboral § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>), los empleadores pueden "revisar y aprobar, modificar, demorar o denegar, prospectiva, retrospectiva o concurrentemente, basándose total o parcialmente en la necesidad médica para curar y aliviar, las recomendaciones de tratamiento hechas por los médicos." Para iniciar el proceso de UR, su médico tratante presenta una Solicitud de Autorización (RFA) utilizando el Formulario RFA oficial del DWC al administrador de reclamos. El administrador de reclamos debe responder dentro de plazos específicos bajo el Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>):

Revisión estándar: Decisión dentro de 5 días hábiles

Revisión urgente/acelerada: Decisión dentro de 72 horas

Revisión retrospectiva (después de que el tratamiento ya fue administrado): Decisión dentro de 30 días

Importante: Solo un médico con licencia que esté calificado en el área médica específica puede negar o modificar una solicitud de tratamiento. Un ajustador de reclamos o empleado no médico no puede tomar esta decisión. Esta regla está en el Código Laboral § 4610(e)

(<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>).

La UR No Aplica a la Elección de un Médico

El fallo Pena trazó una línea importante. La UR aplica a un curso específico de tratamiento médico propuesto - como una solicitud de cirugía o una serie de sesiones de terapia física. No aplica a su solicitud de simplemente ser evaluado por un especialista. La WCAB declaró: "la mera selección de un médico para proporcionar tratamiento médico no constituye un 'curso específico de tratamiento médico propuesto' que requeriría una Solicitud de Autorización." Una vez que el especialista lo examina y propone un plan de tratamiento, ese plan puede entonces pasar por UR.

Cuándo Su Empleador Puede Diferir la UR

Si su empleador está disputando si su lesión está relacionada con el trabajo (una disputa de responsabilidad), puede diferir la UR bajo el Código Laboral § 4610(1) (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/deferring-utilization-review>). Sin embargo, el empleador debe enviar una notificación por escrito dentro de 5 días hábiles después de recibir la RFA. Esta notificación debe enviarse a su médico, a usted y a su abogado (si tiene uno). La notificación debe explicar la base de la disputa. Si el empleador no difiere la UR adecuadamente y también no emite una decisión de UR oportuna, el tratamiento puede considerarse autorizado por defecto.

Parte 5: Revisión Médica Independiente - Su derecho de apelación

Esta sección explica qué hacer cuando la revisión de utilización deniega su solicitud de tratamiento.

¿Qué es la Revisión Médica Independiente?

Si la UR (Revisión de Utilización) deniega o modifica su tratamiento, usted tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés) conforme al Código Laboral § 4610.5 (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm). La IMR es realizada por un profesional médico independiente que nunca ha revisado su caso anteriormente. Este revisor toma una decisión final sobre si el tratamiento denegado es médicamente necesario.

Para solicitar la IMR:

Debe presentar el Formulario DWC IMR-1 dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la denegación de la UR

El formulario debe estar completo y firmado

Debe incluir copias de la decisión de la UR y de todos los registros médicos que respalden su caso

El Director Administrativo de la División de Compensación para Trabajadores revisa si su caso califica para la IMR dentro de un plazo de 5 a 10 días. Si califica, una organización de revisión independiente lleva a cabo la

revisión.

Las decisiones de la IMR son difíciles de revocar

La determinación de la IMR se presume correcta. Usted puede apelar una decisión de la IMR ante la WCAB (Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores), pero solo por motivos muy limitados:

El Director Administrativo actuó sin autoridad

La determinación se obtuvo mediante fraude

El revisor médico tenía un conflicto de intereses

Hubo parcialidad basada en una característica protegida (raza, género, etc.)

Hubo un error de hecho claro y evidente

Este alto estándar significa que es muy difícil revertir una decisión de la IMR. Por eso es importante presentar pruebas médicas sólidas junto con su solicitud original de UR.

Proceso del Evaluador Médico Calificado

Cuando usted y su empleador no están de acuerdo sobre cuestiones médicas que la UR y la IMR no pueden resolver -como si su lesión está relacionada con el trabajo o si realmente necesita atención continua- cualquiera de las partes puede solicitar un Evaluador Médico Calificado (QME, por sus siglas en inglés) conforme al Código Laboral § 4062

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74062-objections-to-medical-determinations/>). El QME es un médico independiente que lleva a cabo una evaluación completa y redacta un informe detallado.

La Unidad Médica de la División de Compensación para Trabajadores

(<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalunit/faqiw.html>) proporciona un panel de tres evaluadores calificados, y las partes seleccionan uno.

El QME puede abordar si el tratamiento secundario es médicamente necesario, si usted ha alcanzado el estado permanente y estacionario (lo que significa que su condición se ha estabilizado tanto como lo hará) y qué atención médica futura necesita. La opinión del QME tiene un peso significativo en las negociaciones de acuerdo y en el juicio.

Parte 6: Redes de Proveedores Médicos y acceso a especialistas

Esta sección explica cómo funcionan las Redes de Proveedores Médicos y sus derechos cuando la red no puede proporcionar el especialista que usted necesita.

¿Qué es una Red de Proveedores Médicos?

Una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) es un grupo de médicos y otros proveedores médicos que su empleador ha establecido o con los que ha contratado para tratar a los trabajadores lesionados. Conforme al Código Laboral § 4616

(<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4616-4616.7/4616/>), la MPN debe incluir suficientes médicos de diferentes tipos para tratar lesiones laborales comunes según el tipo de trabajo que usted realiza y dónde trabaja.

Dentro de una MPN, usted tiene derecho a elegir su PTP (médico tratante principal) entre los médicos

disponibles de la red. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.6(e) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html), en cualquier momento después de su evaluación inicial, puede seleccionar un médico diferente dentro de la MPN.

Estándares de acceso: Las reglas de distancia

La MPN de su empleador debe cumplir con requisitos mínimos de distancia para que usted realmente pueda llegar a sus médicos. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5(a) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html):

Médicos tratantes principales (PTP) generales y hospitales de emergencia: Al menos 3 médicos tratantes principales disponibles dentro de 30 minutos o 15 millas de su hogar o lugar de trabajo

Especialistas: Al menos 3 especialistas disponibles dentro de 60 minutos o 30 millas de su hogar o lugar de trabajo

La decisión Murillo: Estándares de acceso a especialistas

Un fallo de la WCAB de 2021 en *Murillo v. Western National Group* (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>) aclaró un punto importante. Cuando usted desea que un especialista (como un médico de manejo del dolor) sea su PTP, la MPN debe cumplir con el estándar de acceso a especialistas (30 millas/60 minutos), no con el estándar general de PTP (15 millas/30 minutos).

Si la MPN no puede proporcionar al menos tres especialistas disponibles del tipo que usted necesita dentro de estos límites de distancia, la MPN debe permitirle consultar a un especialista fuera de la red a expensas de su empleador.

Plazos para programar citas

Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html), la MPN debe programar su primera cita con un especialista dentro de los 20 días hábiles posteriores a su solicitud a través del asistente de acceso médico de la MPN. Si el asistente de acceso no puede programar una cita oportuna dentro de 10 días hábiles, su empleador debe permitirle consultar a un especialista apropiado fuera de la MPN.

Importante: Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5(c) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html), la MPN debe tener una política escrita que le permita obtener el tratamiento necesario de un especialista apropiado fuera de la MPN cuando no se puedan cumplir los estándares o plazos de acceso. Esta es una válvula de seguridad automática: usted no necesita permiso especial más allá de documentar que la MPN no pudo cumplir con el estándar.

Parte 7: Desarrollos legales recientes - La decisión Rodríguez

Esta sección trata sobre una decisión judicial de 2025 que cambió la forma en que se manejan las disputas sobre "tratamiento continuo".

Antecedentes: La doctrina Patterson (2014)

En *Patterson v. The Oaks Farm* (2014), la WCAB estableció lo que se conoció como la excepción Patterson. Bajo esta regla, si su empleador había autorizado previamente un curso continuo de tratamiento, el empleador no podía usar la revisión de utilización para negar ese mismo tratamiento posteriormente, a menos que el

empleador demostrara que su condición había cambiado materialmente. Esto creó efectivamente autorizaciones permanentes para ciertos tipos de atención, como servicios de salud en el hogar o terapia física continua.

La decisión Rodríguez de 2025

El 10 de noviembre de 2025, el Tribunal de Apelaciones del Segundo Distrito emitió una decisión publicada en Illinois Midwest Insurance Agency LLC v. WCAB (Rodríguez) (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/2nd-district-court-of-appeal-rejects-patterson-exception-to-ur/imr>) que limitó significativamente la doctrina Patterson. El tribunal sostuvo que no existe base estatutaria para una excepción de "tratamiento continuo" al proceso de UR/IMR. Para cualquier disputa sobre si un tratamiento es médicamente necesario, la IMR es el remedio único y exclusivo.

El tribunal declaró: "el marco estatutario en su conjunto evidencia un propósito legislativo claro: apartar las determinaciones de necesidad médica de la WCAB y los tribunales, y colocar tales decisiones exclusivamente en manos de profesionales médicos".

Qué significa Rodríguez para usted

Si su empleador autorizó previamente tratamiento secundario y ahora lo niega mediante UR, debe impugnar la negación a través de la IMR - no presentando directamente una reclamación ante la WCAB

No puede apoyarse en un argumento de "una vez autorizado, siempre autorizado"

Debe tramitar las apelaciones de IMR con prontitud cuando el tratamiento secundario sea denegado o modificado

Nota: En la nota al pie 6 de la decisión Rodríguez, el tribunal indicó que no estaba decidiendo casos en los que un empleador autoriza un tratamiento y luego lo termina sin usar el proceso de UR, o en los que las partes acordaron prescindir de la UR/IMR. Estas situaciones aún pueden manejarse de manera diferente.

Parte 8: Continuidad de la atención cuando su médico deja la MPN

Esta sección explica sus derechos si el médico que trata su lesión laboral es removido de la Red de Proveedores Médicos (MPN) de su empleador.

Cuándo aplican las protecciones de continuidad de la atención

El Código Laboral § 4616.2 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4616-4616.7/4616/>) y el Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.10 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_10.html) lo protegen si su médico tratante es removido de la MPN. Es posible que pueda continuar consultando a ese médico si su situación cae dentro de una de estas categorías:

Condición aguda: Su condición ha durado menos de 90 días y el tratamiento se completará pronto

Condición grave o crónica: Su condición requiere al menos 90 días más de tratamiento

Enfermedad terminal: Tiene una condición que se espera resulte en fallecimiento

Cirugía programada: Se recomienda y está documentada una cirugía o procedimiento que tendrá lugar dentro de los 180 días posteriores a la fecha de terminación del médico

Lo que su empleador debe hacer

Cuando su médico sea removido de la MPN, el administrador de reclamos debe:

Notificarle por escrito sobre la terminación

Indicarle si necesita seleccionar un nuevo médico

Explicar el proceso de resolución de disputas sobre continuidad de la atención

Si cree que su caso califica para una excepción de continuidad de la atención, puede pedirle a su médico actual que escriba un informe respaldando su posición. Si el médico está de acuerdo en que usted califica, puede continuar el tratamiento mientras la disputa se resuelve a través de los procedimientos del Código Laboral § 4062 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74062-objections-to-medical-determinations/>).

El caso Valdiviezo (2025)

En una decisión de la WCAB de 2025, Valdiviezo v. Unknown Defendant (ADJ10885532) (<https://www.dir.ca.gov/wcab/Panel-Decisions-2025/CarlosVALDIVIEZO-ADJ10885532.pdf>), el juez determinó que el empleador no siguió los procedimientos de continuidad de la atención al diferir indebidamente las solicitudes de revisión de utilización de un proveedor terminado sin dar el debido aviso. El juez otorgó una sanción conforme al Código Laboral § 5814 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A75814-penalties-for-unreasonable-delay-or-denial/>) por demora irrazonable en el tratamiento.

Importante: Su empleador no puede simplemente remover a su médico de la MPN y detener su tratamiento sin seguir todos los pasos requeridos de continuidad de la atención. El incumplimiento de estos pasos puede resultar en sanciones.

Disputar un alta médica

Si su PTP dice que ha sido "dado de alta de la atención" - lo que significa que el médico considera que su condición es estable y no necesita más tratamiento - no puede simplemente elegir un nuevo PTP. Sin embargo, puede disputar esta determinación. En Gonzalez v. Vermont Healthcare Center (2024) (<https://ieatraining.org/change-of-treating-physician-after-discharge-from-care/>), la WCAB aclaró que un alta de la atención debe ser impugnada a través del proceso completo de QME bajo el Código Laboral § 4062 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74062-objections-to-medical-determinations/>), y no a través del proceso más rápido de segunda opinión de la MPN.

Parte 9: Sanciones por demoras irrazonables

Esta sección explica las sanciones económicas que enfrenta su empleador por demorar o negar su atención médica sin una buena razón.

Sanciones bajo el Código Laboral § 5814

Bajo el Código Laboral § 5814 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A75814-penalties-for-unreasonable-delay-or-denial/>), si su empleador demora o niega irrazonablemente cualquier beneficio de compensación para trabajadores - incluido el tratamiento médico - usted puede recibir una sanción de hasta el 25% del monto del beneficio demorado o \$10,000, lo que sea menor. También puede recibir honorarios de abogado bajo el Código Laboral

§ 5814.5.

En el caso Peña, una demora de tres meses en autorizar tratamiento psiquiátrico - sin razón documentada para la demora - resultó en una sanción del 25% sobre la primera visita de tratamiento psiquiátrico.

Cómo protegerse

Para respaldar un reclamo de sanciones, mantenga registros detallados de:

La fecha en que solicitó el tratamiento secundario

Todas las comunicaciones con el administrador de reclamos

La fecha en que finalmente se autorizó el tratamiento

Cualquier período en que el tratamiento fue negado o demorado sin explicación

El Riesgo para los Empleadores

Para los administradores de reclamos, la resolución en Peña (<https://dclbv.com/newsletters/2019/q3/ptp-referral-and-rfa-are-not-required/>) genera un riesgo desequilibrado: retrasar el tratamiento sin una duda genuina documentada expone al empleador a sanciones y honorarios de abogados, además de los costos del tratamiento. Autorizar el tratamiento con prontitud solo cuesta el tratamiento en sí - el cual el empleador está legalmente obligado a pagar de todos modos conforme al Código Laboral § 4600

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600/>).

Importante: Si su empleador tiene una duda genuina sobre la responsabilidad, debe documentar esa duda por escrito y comunicarla dentro de 5 días hábiles. Permanecer en silencio mientras retrasa su atención no es una excusa válida.

Parte 10: Plazos y Fechas Límite Clave

Esta sección proporciona una referencia rápida de los plazos más importantes en el proceso de remisión y autorización del tratamiento.

Plazos de Informes del Médico

| Evento | Plazo | Autoridad |

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

| Primer Informe del Médico después del examen inicial | 5 días hábiles | Cal. Code Regs. título 8, § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) |

| Informe de progreso después de un evento desencadenante (incluida una nueva remisión) | 20 días | Cal. Code Regs. título 8, § 9785(f) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) |

| Revisión por el PTP del informe del proveedor secundario | 20 días | Cal. Code Regs. título 8, § 9785(e)(4) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) |

| Informe de progreso rutinario durante el tratamiento en curso | 45 días desde el último informe | Cal. Code Regs. título 8, § 9785(f)(8) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) |

Plazos del Empleador y del Administrador de Reclamos

| Evento | Plazo | Autoridad |

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

| Decisión de UR (estándar) | 5 días hábiles | Cal. Code Regs. título 8, § 9792.9.1

(<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) |

| Decisión de UR (urgente/expedita) | 72 horas | Código Laboral § 4610(g)(2)

(<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) |

| Notificación por escrito de aplazamiento de UR por disputa de responsabilidad | 5 días hábiles | Código

Laboral § 4610(l) (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/deferring-utilization-review/>) |

| Programación de cita con especialista de MPN | 20 días hábiles | Cal. Code Regs. título 8, § 9767.5(g)

(https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html) |

| Escalamiento a especialista fuera de la red si la MPN no puede programar | 10 días hábiles | Cal. Code Regs.

título 8, § 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html) |

Plazos del Empleado

| Evento | Plazo | Autoridad |

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

| Solicitar IMR después de una denegación de UR | 30 días | Código Laboral § 4610.5

(https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) |

| Apelar la decisión de IMR ante la WCAB | 30 días | Código Laboral § 4610.5

(https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) |

Parte 11: Guía Paso a Paso - Qué Hacer si Necesita un Especialista

Esta sección le ofrece pasos prácticos a seguir cuando necesite tratamiento secundario.

Si Su PTP No Lo Remite

Presente su solicitud por escrito al administrador de reclamos - describa el especialista específico que necesita y por qué

Cite la resolución en *Pena v. Aqua Systems*: no se requiere legalmente una remisión del PTP

Identifique la parte del cuerpo aceptada o la lesión reclamada que el especialista trataría

Incluya cualquier registro médico o resultado diagnóstico que respalde su solicitud

Si el Administrador de Reclamos No Responde

Haga un seguimiento por escrito dentro de 5 días hábiles

Cite el plazo de UR aplicable (5 días hábiles para estándar, 72 horas para urgente)

Manifieste que puede presentar una reclamación de sanción conforme al Código Laboral § 5814

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A75814-penalties-for-unreasonable-delay-or-denial/>)

por demora injustificada

Conserve copias de todas las comunicaciones

Si UR Deniega Su Tratamiento

Presente el Formulario DWC IMR-1 dentro de 30 días de recibir la denegación

Incluya la decisión de UR y toda la documentación médica de respaldo

Asegúrese de que el formulario esté completo y firmado

Conserve una copia para sus archivos

Si Su MPN No Puede Proporcionar un Especialista

Documente sus intentos de programar una cita con un especialista de la MPN

Si no puede programar dentro de 10 días hábiles o la MPN tiene menos de 3 especialistas dentro de