

justice

Generated by: Legal AI Assistant
April 26, 2026

Informes Suplementales de AME y QME INFORME DE INVESTIGACIÓN JURÍDICA Informes Suplementarios de AME y QME (ANÁLISIS DE TRABAJADORES LESIONADOS PARTE-A)

1 de marzo de 2026

La información proporcionada a través de este Análisis impulsado por IA es solo para fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe utilizarse 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.

INFORMES SUPLEMENTARIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE CALIFORNIA: REGLAS, PLAZOS Y PROTECCIONES DE AME Y QME PARA TRABAJADORES LESIONADOS

Este informe explica las reglas para los informes médico-legales suplementarios en los casos de compensación de trabajadores en California. Un informe suplementario es un informe médico de seguimiento que un médico redacta después de completar una evaluación inicial de su lesión. Aborda nuevos registros médicos, resultados de pruebas o preguntas que surgieron después de que se terminó el primer informe. Comprender cómo funcionan estos informes, quién puede solicitarlos y qué plazos se aplican puede proteger sus derechos como trabajador lesionado.

Nivel de Riesgo: Medio a Alto, dependiendo de si tiene un abogado y si un informe suplementario podría reducir o aumentar sus beneficios.

Parte 1: ¿Qué Son los Informes Suplementarios?

Esta sección explica qué son los informes suplementarios y por qué son importantes en su caso de compensación de trabajadores.

Comprendiendo lo Básico

Cuando usted se lesiona en el trabajo en California, el sistema de compensación de trabajadores utiliza evaluaciones médicas para decidir cuestiones importantes sobre su caso. Estas cuestiones incluyen qué causó su lesión, qué tan incapacitado está y qué tratamiento médico necesita. Un médico llamado evaluador médico lo examina y redacta un informe detallado con sus opiniones médicas.

A veces, después de que se termina ese primer informe, surge nueva información. Es posible que tenga nuevos resultados de pruebas, una cirugía o registros de tratamiento actualizados. Cuando esto sucede, cualquiera de las partes en el caso - usted o la compañía de seguros - puede pedirle al mismo médico que revise la nueva información y redacte un informe suplementario. Este es un seguimiento por escrito que el médico prepara sin examinarlo nuevamente en persona. El médico revisa los nuevos registros y responde preguntas específicas

sobre cómo la nueva información afecta sus opiniones anteriores. Véase Cal. Code Regs. tit. 8, § 38(i) (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>).

Por Qué Son Importantes los Informes Suplementarios

Los informes suplementarios pueden cambiar el resultado de su caso. Pueden aumentar o reducir su calificación de incapacidad permanente (un número que mide cuánto su lesión limita su capacidad para trabajar). También pueden cambiar la opinión del médico sobre la distribución de responsabilidad (cuánto de su incapacidad proviene de la lesión laboral frente a otras causas). Debido a que estos informes tienen un peso significativo, la ley impone reglas estrictas sobre cuándo se pueden solicitar, qué pueden cubrir y con qué rapidez el médico debe completarlos.

Informes Suplementarios vs. Correcciones de Hechos

La ley de California crea dos vías separadas para el seguimiento después de un informe inicial. Un informe suplementario aborda nuevos registros médicos, asuntos omitidos o solicitudes de aclaración. Una corrección de hechos bajo Cal. Code Regs. tit. 8, § 37 (<https://www.dir.ca.gov/t8/37.html>) es más limitada - corrige errores fácticos específicos en el informe original que pueden verificarse a partir de registros escritos. Por ejemplo, si el médico escribió la fecha incorrecta de la lesión o enumeró la parte del cuerpo equivocada, eso es una corrección de hechos. Si desea que el médico revise una nueva resonancia magnética y actualice su opinión, eso requiere un informe suplementario.

Parte 2: QME vs. AME - Dos Tipos de Evaluadores Médicos

Esta sección explica los dos tipos de médicos que realizan evaluaciones médicas y cómo el tipo afecta las reglas de los informes suplementarios.

Evaluador Médico Calificado (QME)

Un Evaluador Médico Calificado (QME, por sus siglas en inglés) es un médico certificado por la División de Compensación de Trabajadores de California (DWC) para examinar a trabajadores lesionados y redactar informes médico-legales. Para convertirse en QME, un médico debe tener una licencia médica de California válida, aprobar un examen de certificación y completar un curso de capacitación sobre redacción de informes. La DWC designa a los QMEs por períodos de dos años. Véase Cal. Lab. Code § 139.2 (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>).

Si usted no tiene un abogado, recibe un panel de QME - una lista de tres médicos QME - de la DWC. Usted elige un médico del panel para que lo evalúe. Este proceso está regulado por Cal. Lab. Code § 4062.1 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74062-1-panel-qme-process-unrepresentedworkers/>). Los

informes de QME proporcionan opiniones de expertos no vinculantes, lo que significa que la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (WCAB) (el tribunal que decide las disputas de compensación de trabajadores) puede aceptar, rechazar o dar un peso diferente a las opiniones del médico.

Evaluador Médico Acordado (AME)

Un Evaluador Médico Acordado (AME, por sus siglas en inglés) es un médico que ambas partes - su abogado y la compañía de seguros - acuerdan utilizar. El proceso de AME está disponible solo cuando usted tiene un

abogado que lo representa. A diferencia de los QMEs, los AMEs no necesitan la certificación de la DWC, aunque muchos AMEs también están certificados como QMEs. Véase Cal. Lab. Code § 4062.2 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4060-4068/4062.2>).

Los informes de AME generalmente tienen más peso en la WCAB porque ambas partes acordaron utilizar a ese médico. Cuando las partes seleccionan un AME, pueden negociar reglas específicas para los informes suplementarios como parte de su acuerdo. Esto puede dar a ambas partes más control sobre cómo y cuándo se solicitan los informes suplementarios.

Cómo el Tipo de Médico Afecta los Informes Suplementarios

Las reglas para los informes suplementarios difieren según si el evaluador es un QME o un AME. Los informes suplementarios de QME siguen regulaciones estatales estrictas sin margen para acuerdos de las partes sobre el protocolo. Los informes suplementarios de AME pueden seguir términos negociados. Lo más importante, si usted no está representado (no tiene un abogado) y un QME lo evaluó, protecciones especiales restringen cuándo se pueden solicitar informes suplementarios sobre incapacidad y distribución de responsabilidad. Estas protecciones se explican en la Parte 5 a continuación.

Parte 3: Cuándo puede solicitar un informe suplementario

Esta sección cubre las situaciones que permiten a una parte solicitar un informe suplementario.

Motivos válidos para un informe suplementario

Usted o la compañía de seguros pueden solicitar un informe suplementario en las siguientes situaciones:

Hay nuevos expedientes médicos disponibles. Si se sometió a una cirugía, recibió nuevos resultados de pruebas o consultó a un especialista después de la primera evaluación, cualquiera de las partes puede enviar estos expedientes al evaluador y solicitar una opinión actualizada. Los expedientes deben ser notificados a la parte contraria según lo exige el Cal. Lab. Code § 4062.3 (<https://www.dir.ca.gov/t8/35.html>). Véase Cal. Code Regs. tit. 8, § 38(i) (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>).

El médico omitió un asunto. Si la carta de presentación original le pedía al médico que abordara una cuestión médica específica y el médico no la abordó, usted puede solicitar un informe suplementario sobre ese asunto omitido.

Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9795(c) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9795.html>), este informe suplementario puede proporcionarse sin cargo adicional.

Se necesita aclaración. Si las opiniones originales del médico no son claras o carecen de explicación suficiente, un informe suplementario puede pedirle al médico que explique su razonamiento de manera más completa.

Su condición ha cambiado. Si su condición médica ha mejorado o empeorado desde la evaluación - por ejemplo, debido al tratamiento o al paso del tiempo - un informe suplementario puede abordar cómo estos cambios afectan las conclusiones anteriores del médico. Véase OrthoLegal Group, *The Role of Supplemental Reports in QME Evaluations* (<https://ortholegalgroup.com/supplemental-reports-in-qme-evaluations/>).

Un juez o la DEU ordena un informe suplementario. La Unidad de Evaluación de Discapacidad (DEU) (la oficina estatal que calcula las calificaciones de discapacidad), el Director Administrativo o un Juez de Derecho Administrativo de Compensación para Trabajadores (WCJ) (el juez que decide su caso) pueden ordenar al médico que elabore un informe suplementario.

Lo que no está permitido

Usted no puede usar un informe suplementario simplemente para pedirle al médico que cambie de opinión basándose en los mismos expedientes médicos. Una solicitud suplementaria debe basarse en información nueva, un asunto genuinamente omitido, o una necesidad específica de aclaración. Las solicitudes que en realidad son solo desacuerdos con las conclusiones del médico - sin nueva evidencia - probablemente serán rechazadas o no producirán un cambio significativo.

Parte 4: Plazos que debe conocer

Esta sección explica los plazos estrictos para los informes suplementarios conforme a la ley de California.

La regla de los 60 días

El médico debe completar y presentar un informe suplementario dentro de 60 días calendario a partir de la fecha en que una parte envía una solicitud por escrito o electrónica. Este plazo está establecido en el Cal. Code Regs. tit. 8, § 38(i) (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>). El reloj de los 60 días comienza en la fecha en que usted o la compañía de seguros envía la solicitud - no en la fecha en que el médico la recibe.

Importante: No hay período de gracia. Si pasa el día 60 y el médico no ha emitido el informe u obtenido una prórroga aprobada, el informe tardío puede ser impugnado y se puede solicitar

un evaluador de reemplazo.

Prórrogas del plazo

El plazo de 60 días puede prorrogarse en situaciones limitadas:

Acuerdo entre las partes (hasta 30 días). Ambas partes pueden acordar dar al médico hasta 30 días adicionales sin la aprobación del DWC. Véase Cal. Code Regs. tit. 8, § 38(i) (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>).

Espera de resultados de pruebas (hasta 30 días). Si el médico está esperando resultados de pruebas o el informe de un médico consultor necesario para abordar las cuestiones médicas en disputa, el Director Médico del DWC puede otorgar hasta 30 días adicionales.

Causa justificada (hasta 15 días). El Director Médico del DWC puede otorgar hasta 15 días adicionales por "causa justificada". Conforme al Cal. Lab. Code § 139.2(j)(1)(B) (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>), la causa justificada se define estrictamente para incluir únicamente emergencias médicas, muerte en la familia del evaluador, desastres naturales o catástrofes comunitarias. Los problemas informáticos y las salidas de personal no califican.

Comparación con los plazos del informe inicial

El informe inicial integral debe completarse dentro de 30 días a partir de la fecha en que el médico lo examina.

El plazo de 60 días para el informe suplementario se mide de manera diferente - desde la fecha de la solicitud por escrito, no desde la fecha de un examen. Esta distinción es importante para el seguimiento preciso de sus plazos.

Plazos para correcciones factuales

Si necesita una corrección factual conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 37 (<https://www.dir.ca.gov/t8/37.html>), se aplican plazos diferentes. Usted debe solicitar la corrección dentro de los 30 días posteriores a recibir el informe. El médico entonces tiene 10 días (o 15 días si la compañía de seguros también presenta una solicitud) para revisar y responder. Este es un proceso más rápido y limitado que un informe suplementario.

Parte 5: Protecciones especiales para trabajadores sin representación

Esta sección explica reglas importantes que protegen a los trabajadores lesionados que no tienen un abogado.

La regla de control de acceso

Si usted no tiene un abogado, la ley de California brinda una protección poderosa. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 36(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/36.html>), después de que un QME emita un informe que aborde la discapacidad permanente, la discapacidad permanente o la distribución de responsabilidad, ninguna parte puede solicitar un informe suplementario sobre esos mismos asuntos hasta que la Unidad de Evaluación de Discapacidad (DEU) haya emitido un informe inicial de calificación resumida. Un informe de calificación resumida es el cálculo de la DEU de su porcentaje de discapacidad permanente basado en los hallazgos del médico.

Esto significa que la compañía de seguros no puede pedirle al QME que revise los hallazgos sobre qué tan discapacitado está usted - o qué parte de su discapacidad proviene de la lesión laboral - hasta que la DEU haya calculado primero una calificación. Esta regla evita que cualquiera de las partes presione al médico para que cambie conclusiones importantes antes de que usted tenga un número oficial de discapacidad.

Tres excepciones a la regla de control de acceso

La restricción de control de acceso no se aplica en estas situaciones:

Correcciones factuales. Las solicitudes de correcciones factuales conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 37 (<https://www.dir.ca.gov/t8/37.html>) siempre están permitidas, porque corrigen errores factuales verificables en lugar de cambiar opiniones médicas.

Informes dirigidos por la DEU. La propia DEU puede indicar al QME que emita un informe suplementario antes de emitir una calificación resumida, si se necesita una aclaración para completar la calificación.

Órdenes de un juez o del Director Administrativo. Un Juez de Compensación para Trabajadores o el Director Administrativo pueden ordenar un informe suplementario en cualquier momento.

Reglas Diferentes para Trabajadores con Abogado

Si usted cuenta con un abogado, la regla de control establecida en el Cal. Code Regs. tit. 8, § 36(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/36.html>) no aplica. Esto significa que cuando usted está representado, cualquiera de las partes puede solicitar informes suplementarios sobre incapacidad permanente y prorrato sin tener que esperar una calificación de la DEU.

Esto crea una diferencia importante entre los trabajadores representados y los no representados.

Importante: Si usted no está representado y la compañía de seguros le pide al QME un informe suplementario sobre su incapacidad permanente antes de que la DEU haya emitido una calificación, el QME debe rechazar

dicha solicitud. Si esto le ocurre, debe ponerlo en conocimiento de la DWC o de un Juez de Compensación de Trabajadores.

Parte 6: Reglas Contra las Comunicaciones Privadas con los Evaluadores

Esta sección explica las reglas contra el contacto privado que protegen la imparcialidad cuando se solicitan informes suplementarios.

¿Qué Son las Comunicaciones Ex Parte?

Una comunicación ex parte es cualquier contacto privado con el evaluador médico por una de las partes sin que la otra parte lo sepa. La ley de California prohíbe estrictamente las comunicaciones ex parte con los QMEs y AMEs. Conforme al Cal. Lab. Code § 4062.3(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/35.html>), todas las comunicaciones con un evaluador médico deben hacerse por escrito y deben ser entregadas a la parte contraria.

Cómo se Aplican Estas Reglas a las Solicitudes Suplementarias

Cuando usted o la compañía de seguros envía una solicitud de informe suplementario al médico, dicha solicitud es una "comunicación" bajo la ley. Usted debe enviar una copia a la otra parte al mismo tiempo que la envía al médico. Si incluye nuevos expedientes médicos con su solicitud, esos expedientes se consideran "información" bajo el Cal. Lab. Code § 4062.3 (<https://www.dir.ca.gov/t8/35.html>) y también deben ser entregados a la parte contraria.

Bajo el Cal. Code Regs. tit. 8, § 35(g) (<https://www.dir.ca.gov/t8/35.html>), las copias de todos los expedientes enviados al evaluador deben enviarse a todas las partes. No hacerlo se trata como una comunicación ex parte.

Consecuencias de Infringir Estas Reglas

Si una parte se comunica con el evaluador médico de manera privada - por ejemplo, enviando expedientes médicos o una carta de solicitud sin entregar copia a la otra parte - la otra parte tiene el derecho de:

Terminar la evaluación y solicitar un nuevo evaluador bajo el Cal. Lab. Code § 4062.2 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4060-4068/4062.2>), o

Continuar con la evaluación a pesar de la infracción

También se le puede ordenar a la parte que infringió las reglas que pague por la evaluación, incluso si el informe es posteriormente declarado inadmisibile. Véase Bradford & Barthel, A Checklist for Communications with the QME (<https://bradfordbarthel.com/2022/10/06/a-checklist-for-communications-with-the-qme/>).

Objetar Expedientes No Médicos

Bajo el Cal. Code Regs. tit. 8, § 35(d) (<https://www.dir.ca.gov/t8/35.html>), si la parte contraria objeta dentro de 10 días a cualquier expediente o información no médica que se propone enviar al evaluador, esos materiales no pueden proporcionarse al evaluador a menos que un Juez de Compensación de Trabajadores ordene lo contrario.

Esto incluye elementos como grabaciones de vigilancia, informes de investigación de reclamaciones o expedientes del empleador que no sean de naturaleza médica.

Parte 7: Lo Que los Informes Suplementarios Pueden y No Pueden Abordar

Esta sección describe el contenido permitido y prohibido de los informes suplementarios.

Contenido Permitido

Los informes suplementarios pueden abordar cuatro categorías principales:

Nueva evidencia médica. El médico puede revisar expedientes recientes de tratamiento, nuevos estudios de imagen, informes de cirugía o consultas de especialidad que no estaban disponibles durante la evaluación inicial.

Aclaración de opiniones. El médico puede explicar conclusiones poco claras, proporcionar el razonamiento detrás de una calificación de incapacidad, o citar las páginas específicas de las AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment (el manual oficial utilizado para calcular las calificaciones de deterioro en California) que respaldan su calificación.

Asuntos omitidos. Si una pregunta médica fue formulada específicamente en la carta de presentación original pero no fue contestada en el informe, el informe suplementario puede abordarla. Véase Laird Lile LLP, Steps to Prevent and Combat a Poorly Written Medical-Legal Report (<https://www.lflm.com/news-knowledge/steps-to-prevent-andcombat-a-poorly-written-medical-legal-report/>).

Cambios en las circunstancias clínicas. Si su condición ha cambiado significativamente debido a una cirugía, un nuevo tratamiento, o un empeoramiento de los síntomas, el médico puede actualizar las opiniones sobre la permanencia, el deterioro o

la atención médica futura.

Contenido Prohibido

Los informes suplementarios no pueden usarse para:

Pedirle al médico que simplemente cambie de opinión basándose en los mismos expedientes ya revisados

Impugnar la metodología de las AMA Guides porque una parte no esté de acuerdo con cómo se calcula el deterioro

Servir como vehículo para argumentos legales unilaterales disfrazados de preguntas médicas

Reconsiderar una determinación de permanente y estacionario (P&S) (un hallazgo de que su condición se ha estabilizado y no mejorará significativamente) sin nueva evidencia médica que respalde que la determinación debe cambiar

Prorrato en los Informes Suplementarios

El prorrato es el proceso de determinar qué parte de su incapacidad permanente proviene de la lesión laboral versus otras causas, como el envejecimiento o una condición previa. Bajo el Cal. Lab. Code § 4663 (<https://www.coa.org/docs/distancelearningcourse/rw/RondeauApportionmentPresentation.pdf>), los médicos deben abordar el prorrato en sus informes. Si el informe inicial no explicó adecuadamente el prorrato o lo omitió por completo, es apropiada una solicitud suplementaria pidiéndole al médico que proporcione el análisis de prorrato requerido.

Parte 8: Cumplimiento - Qué sucede cuando los médicos incumplen los plazos

Esta sección explica las consecuencias cuando los evaluadores no cumplen con los plazos para los informes suplementarios.

Acciones de cumplimiento de la DWC

La División de Compensación al Trabajador (Division of Workers' Compensation) supervisa si los QME y AME completan los informes a tiempo. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 51(a)(2) (<https://www.dir.ca.gov/t8/51.html>), el Director Administrativo puede denegar la reinscripción a cualquier QME que no cumpla con los plazos de evaluación en al menos tres ocasiones durante un año calendario. Esto se aplica por igual a los informes iniciales y a los informes suplementarios.

A fines de 2024, la Unidad Médica de la DWC ha emitido advertencias por escrito a los QME y AME sobre "posibles acciones de cumplimiento" por la presentación tardía de informes. Véase daisyBill, QME Report Filing Under DWC Scrutiny (<https://kb.daisybill.com/articles/qme-report-filing-under-dwc-scrutiny>). Esto indica que la DWC se toma en serio el cumplimiento de los plazos y está supervisando activamente los patrones de demora.

Reemplazo de un evaluador moroso

Si un médico incumple el plazo de 60 días para el informe suplementario y no ha obtenido una prórroga aprobada, cualquiera de las partes puede solicitar un evaluador de reemplazo conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 31.5(a)(12) (<https://www.dir.ca.gov/t8/31.5.html>). Para preservar este derecho, usted debe objetar la demora antes de que el médico entregue el informe. Si espera hasta después de que llegue el informe tardío, puede perder el derecho a solicitar un reemplazo.

Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 38(b) (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>), ni usted ni su empleador serán cobrados por una evaluación que no se completó a tiempo, a menos que ambas partes renuncien al derecho a una nueva evaluación y acuerden por escrito aceptar el informe tardío.

Sanciones contra las compañías de seguros

Las aseguradoras y los administradores externos (TPA, por sus siglas en inglés) (empresas que manejan reclamos de compensación al trabajador en nombre de las aseguradoras) también se han enfrentado a sanciones monetarias significativas por demoras sistémicas en los informes médico-legales. Las acciones de cumplimiento recientes han resultado en sanciones que oscilan entre \$940,000 y \$3.53 millones. Estas sanciones demuestran que la DWC considera que la presentación oportuna de informes es una prioridad a nivel de todo el sistema.

Parte 9: Cómo trabajar con la Unidad de Evaluación de Discapacidad (DEU)

Esta sección explica cómo los informes suplementarios interactúan con el proceso de calificación de discapacidad de la DEU.

Qué hace la DEU

La Unidad de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Unit, DEU) es la oficina estatal que calcula su calificación de discapacidad permanente basándose en el informe del evaluador médico. Después de que el QME o AME emite un informe sobre deterioro y discapacidad permanente, la DEU revisa los hallazgos y

produce un informe de calificación resumida: un documento que traduce los hallazgos médicos del médico en un porcentaje de discapacidad. Véase Cal. Code Regs. tit. 8, § 10160 (<https://www.dir.ca.gov/t8/10160.html>).

Cómo solicitar una calificación suplementaria

Si un informe médico suplementario modifica los hallazgos del médico sobre discapacidad permanente, deterioro o prorrato, usted puede solicitar a la DEU que emita una nueva calificación basada en el informe actualizado. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 10160(f) (<https://www.dir.ca.gov/t8/10160.html>), debe presentar esta solicitud dentro de los 20 días posteriores a la recepción del informe suplementario. Su solicitud debe incluir una copia de la carta que envió al evaluador solicitando el informe suplementario y prueba de que entregó esa carta a la parte contraria.

Crítico: Si incumple el plazo de 20 días, la DEU puede negarse a emitir una calificación suplementaria. En tal caso, tendría que solicitar a un Juez de Compensación al Trabajador o al Director Administrativo que ordene a la DEU que

emita una.

Objeción a una calificación resumida

Después de que la DEU emita una calificación resumida, usted tiene derecho a objetarla. Conforme al Cal. Lab. Code § 4061(g) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides/iwguide03.pdf>), puede solicitar una reconsideración si: (1) el médico no abordó todas las cuestiones, (2) el médico abordó las cuestiones de manera incompleta, (3) no se siguieron los procedimientos de evaluación adecuados, o (4) la calificación se calculó de forma incorrecta.

Parte 10: Cómo solicitar un informe suplementario - Paso a paso

Esta sección ofrece una guía práctica para solicitar un informe suplementario.

Proceso paso a paso

Determine si su solicitud es válida. Confirme que cuenta con nuevos expedientes médicos, que el médico omitió algún tema solicitado, o que necesita una aclaración genuina. Es poco probable que prosperen las solicitudes basadas únicamente en el desacuerdo con la opinión del médico, sin evidencia nueva.

Prepare su solicitud por escrito. Redacte una carta clara titulada "Solicitud de Informe Médico-Legal Suplementario".

Incluya el nombre y la dirección del médico, la fecha del informe original, y las preguntas específicas que desea que se aborden. Sea preciso; por ejemplo: "Por favor revise la resonancia magnética post-quirúrgica adjunta, con fecha del 15 de junio de 2025, e indique si modifica su opinión sobre la causalidad".

Reúna los documentos de respaldo. Si va a enviar nuevos expedientes médicos, haga una lista de cada uno por fecha y tipo. Explique por qué cada expediente no estaba disponible al momento de la evaluación original.

Entregue a la parte contraria. Envíe una copia de su carta de solicitud y todos los documentos de respaldo a la otra parte al mismo tiempo que los envía al médico. Conserve la prueba de entrega. Esto es requerido por el Cal. Lab. Code § 4062.3(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/35.html>).

Envíe la solicitud al médico. Presente su solicitud por escrito o por correo electrónico. Registre la fecha exacta en que la envió: el plazo de 60 días comienza en esta fecha.

Controle el plazo. Marque el día calendario número 60 en su calendario. Si el médico no responde para entonces y no ha obtenido una prórroga, objete por escrito antes de que se entregue el informe para preservar su derecho a solicitar un evaluador de reemplazo.

Revise el informe suplementario. Cuando reciba el informe, verifique que el médico haya abordado sus preguntas específicas. Si la respuesta es incompleta, puede solicitar un segundo informe suplementario o, de ser necesario, solicitar un evaluador de reemplazo.

Consejos para redactar su solicitud

Sea profesional y específico - evite el lenguaje emocional o las acusaciones

Concéntrese en los hechos médicos, no en argumentos legales

Haga referencia al informe original por fecha

Explique con claridad qué información nueva está proporcionando y por qué es importante

No pida al médico que cambie sus conclusiones - pídale que revise la nueva información y proporcione una opinión actualizada

Parte 11: Arancel Médico-Legal para Informes Complementarios

Esta sección explica cómo se facturan los informes complementarios conforme al arancel de honorarios de California.

Estructura Actual de Honorarios

A partir del 1 de abril de 2021, el arancel médico-legal de California establece tarifas específicas para los informes complementarios. Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9795 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9795.html>), un informe complementario de evaluación médico-legal (código de facturación ML-203) se reembolsa a una tarifa fija de \$650.00, más \$3.00 por página por los registros revisados que excedan de 50 páginas. Véase California Lawyers Association, California's New Medical-Legal Fee Schedule (<https://calawyers.org/workers-compensation/californias-new-medical-legal-fee-schedule/>).

A modo de comparación, una evaluación integral inicial (ML-201) cuesta \$2,015.00 más \$3.00 por página que exceda de 200 páginas. Los informes complementarios son significativamente menos costosos, lo que los convierte en una manera rentable de abordar nuevos asuntos médicos sin tener que comenzar de nuevo con una nueva evaluación.

Sin Honorarios Adicionales por Asuntos Omitidos

Si el informe original del médico no abordó un asunto médico que fue solicitado específicamente en la carta de presentación, usted puede solicitar un informe complementario sobre dicho asunto omitido sin costo adicional conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9795(c) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9795.html>). Véase Laird Lile LLP, Steps to Prevent and Combat a Poorly Written Medical-Legal Report (<https://www.lflm.com/news-knowledge/steps-to-prevent-and-combat-a-poorly-written-medical-legal-report/>).

Disputas de Facturación

Han surgido disputas sobre si los médicos pueden cobrar por páginas de registros que ya revisaron durante la evaluación inicial. El arancel aborda únicamente los registros recientemente revisados que excedan de 50

páginas y no resuelve claramente si las páginas duplicadas cuentan. Las compañías de seguros objetan cada vez con mayor frecuencia las facturas complementarias que incluyen cargos por registros previamente revisados.

Parte 12: Consideraciones Estratégicas y Evaluación de Riesgos

Esta sección le ayuda a decidir si solicitar o resistir un informe complementario es en su mejor interés.

Ventajas de Solicitar un Informe Complementario

Menor costo. A \$650, los informes complementarios son mucho más económicos que las nuevas evaluaciones integrales, que cuestan \$2,015.

Continuidad. El mismo médico que lo examinó ya comprende su caso, lo que puede hacer que la opinión complementaria sea más congruente e informada.

Desarrollar el expediente. La nueva evidencia médica - como los registros posteriores a la cirugía - puede fortalecer su caso al proporcionarle al médico un panorama más completo de su condición.

Corregir deficiencias. Si el informe inicial subestimó su deterioro o no abordó adecuadamente la distribución de responsabilidad (apportionment), un informe complementario puede impulsar al médico a corregir estos problemas.

Riesgos de los Informes Complementarios

La parte contraria también puede usarlos. La compañía de seguros puede solicitar informes complementarios que podrían llevar al médico a reducir su calificación de incapacidad o aumentar la distribución de responsabilidad a causas no laborales.

Demora. Cada informe complementario agrega al menos 60 días al cronograma de su caso, lo que puede retrasar su acuerdo o audiencia.

Presión de defensa. Las cartas de solicitud de los abogados de las compañías de seguros pueden influir sutilmente en la opinión del médico, aunque la ley exige una evaluación neutral.

Sin garantía de cambio. El médico puede emitir un informe complementario que simplemente reitere sus opiniones originales.

Niveles de Riesgo para las Solicitudes Complementarias

Bajo riesgo: Solicitudes basadas en registros médicos claramente nuevos (nuevas imágenes, informes quirúrgicos) que son directamente relevantes para los asuntos en disputa. Estas rara vez generan objeciones.

Riesgo medio: Solicitudes de aclaración de opiniones ambiguas o que abordan asuntos presuntamente omitidos del informe original. Estas pueden provocar objeciones de la parte contraria.

Alto riesgo: Solicitudes que esencialmente piden al médico reconsiderar conclusiones sobre los mismos registros, carecen de nueva información médica o contienen defensa parcializada. Estas enfrentan fuerte resistencia y pueden resultar en disputas.

Nota: Si usted no está representado, recuerde que la protección de control de acceso conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 36(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/36.html>) impide los informes complementarios sobre incapacidad permanente y distribución de responsabilidad hasta después de que la DEU emita su calificación

resumen inicial. Esta es una ventaja procesal significativa.

Referencias

Código Laboral de California § 4062.3 - Comunicaciones Ex Parte e Intercambio de Información. Cal. Lab. Code § 4062.3 (<https://www.dir.ca.gov/t8/35.html>)

Código de Regulaciones de California, Título 8, § 38 - Plazos de Evaluación Médica; Prórrogas para QME y AME.

Cal. Code Regs. tit. 8, § 38 (<https://www.dir.ca.gov/t8/38.html>)

Código de Regulaciones de California, Título 8, § 36 - Notificación de Informes Integrales de Evaluación Médico-Legal. Cal. Code Regs. tit. 8, § 36 (<https://www.dir.ca.gov/t8/36.html>)

Bradford & Barthel, "A Checklist for Communications with the QME" (6 de octubre de 2022). Bradford & Barthel (<https://bradfordbarthel.com/2022/10/06/a-checklist-for-communications-with-the-qme/>)

daisyBill, "QME Report Filing Under DWC Scrutiny." daisyBill (<https://kb.daisybill.com/articles/qmereport-filing-under-dwc-scrutiny>)

Preguntas Frecuentes del DWC sobre QMEs para Aseguradoras - División de Compensación para Trabajadores.

DWC FAQ - Insurers (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medical>)