

**ORS 656.325 y OAR 436-060-0147**  
**Examen Médico a Petición del Trabajador**  
**Lista de Control**

**Trabajador:** \_\_\_\_\_  
**Número de Reclamo:** \_\_\_\_\_  
**Estado del Reclamo:** \_\_\_ **Diferida** \_\_\_ **Aceptado** \_\_\_ **Rechazado** \_\_\_ **Rechazo Parcial**

1. \_\_\_ Presenta su petición para el examen al director. Al mismo tiempo, manda una copia de la petición a la aseguradora o el empleador asegurado por si mismo.
2. \_\_\_ Nombre del trabajador, dirección, y información que identifique el reclamo.
3. \_\_\_ Nombres y direcciones de los médicos quienes han dado servicios médicos al trabajador en el reclamo o quienes han dado servicios médicos al trabajador relacionados con la condición del reclamo.
4. \_\_\_ La fecha en que el trabajador pidió una audiencia y una copia de la petición de audiencia.
5. \_\_\_ Una copia de la carta de rechazo de reclamación de la aseguradora basado en parte en un examen médico por parte de la aseguradora (IME).
6. \_\_\_ Documento(s) que demuestra que el médico primario no esta de acuerdo con el reporte del IME de lo cual la aseguradora basó su rechazo.
7. \_\_\_ Consiga una cita para el examen con el médico seleccionado y notifique a la aseguradora y la Mesa Directiva de Compensación para Trabajadores del examen dentro de 14 días de la notificación del médico seleccionado.
8. \_\_\_ El trabajador es responsable por comunicar preguntas relacionadas con el rechazo de compensabilidad por escrito al médico por lo menos 14 días antes de la fecha del examen.

Para asistencia, contacte a la Unidad de Consultantes de Beneficios,  
(800) 452-0288. Esta lista esta disponible en  
[www.oregonwcd.org/compliance/bcu/wrme\\_chklist.pdf](http://www.oregonwcd.org/compliance/bcu/wrme_chklist.pdf)