

Solicitud para la asignación de médico evaluador o médico quiropráctico

Estado de Nevada - Departamento de Negocios e Industria - División de Relaciones Industriales - Sección de Compensación para Trabajadores
Envíe sus preguntas y formularios completados por correo electrónico a MedUnit@dir.nv.gov

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha de la solicitud Tipo de solicitante Correo electrónico
Primer nombre Apellido Número de teléfono
Dirección Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Aseguradora/TPA N.º de reclamación
Empleador autoasegurado Fecha de la lesión
Empleador
Nombre del empleado N.º de Seguro Social Fecha de nacimiento
Ciudad del empleado Estado Código postal

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD. Si lo ordena el tribunal, se DEBE adjuntar la decisión.

Fecha de recepción de estado estable y calificable
Médico(s) a cargo del tratamiento/evaluador(es)/quiropráctico(s)

USE EL CÓDIGO DE PARTE DEL CUERPO MÁS ESPECÍFICO POSIBLE — INDIQUE SOLO LAS PARTES DEL CUERPO ACTUALES POR CALIFICAR

Código de parte del cuerpo	Lado de la lesión

Diagnóstico(s)

Comentarios

COMPLETAR SOLO PARA EVALUACIONES DE INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE (PPD) ANTERIORES

Médico(s) evaluador(es)/quiropráctico(s) anterior(es)
Médico(s) a cargo del tratamiento/quiropráctico(s) anterior(es)
Motivo de la solicitud de PPD adicional

COMPLETAR SOLO PARA ACUERDO MUTUO

Médico evaluador de PPD/quiropráctico: Apellido Primer nombre Licencia
Empleado lesionado/representante: Aseguradora/representante del TPA:

ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO DE LA SECCIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (WCS)

Médico(s)/quiropráctico(s) asignado(s) Teléfono del/de los médico(s)/ quiropráctico(s)
Asignado(s) por Fecha de asignación