Oficina de Compensación a Trabajadores
Tennessee Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
800-332-2667

FORMULARIO C-35A
FORM C-35A

AVISO DE DERECHOS DE APELACIÓN PARA UNA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN
NOTICE OF APPEAL RIGHTS FOR A UTILIZATION REVIEW

EL AJUSTADOR TIENE QUE COMPLETAR ESTA SECCIÓN, ADJUNTE EL INFORME "UR" Y PROPORCIONE AMBOS DOCUMENTOS AL EMPLEADO Y AL MÉDICO QUE HACE EL TRATAMIENTO EN BASE A CADA DENEGACIÓN.

THE ADJUSTER MUST COMPLETE THIS SECTION, ATTACH THE UR REPORT AND PROVIDE BOTH DOCUMENTS TO THE EMPLOYEE AND THE TREATING PHYSICIAN UPON EACH DENIAL.

Número del Registro Estatal (State File #) _____
Nombre del Empleado (Employee Name) _____

Número de Seguro Social(SSN) _____Fecha de Lesión(Date of Injury) _____
Fecha de Nacimiento (DOB)_____

Organización "UR" (UR Organization) _____
Número de Registro "UR" (UR Registration #) _____

Fecha de Informe UR (Date of UR Report) _____
Descripción de Tratamiento Denegado(Description of Denied Treatment) _____

_____

Empleador (Employer)_____

Dirección de Empresa (Business Address)_____ Teléfono(Phone) _____

Dirección 2 (Address 2) _____ Fax(Fax) _____

Ciudad(City) _____ Estado(State) _____ Código Postal(ZIP) _____

Abogado del Empleador/Compañía (Employer's/Carrier Attorney)_____
Correo Electrónico (Email) _____

Nombre de Compañía (Practice Name) _____

Dirección de Empresa (Business Address)_____ Teléfono(Phone) _____

Dirección 2 (Address 2) _____ Fax(Fax) _____

Ciudad(City) _____ Estado(State) _____ Código Postal(ZIP) _____

Compañía de Seguro (Insurance Carrier) _____

Nombre de Ajustador (Adjuster Name)_____
Correo Electrónico (Email) _____

Dirección de Empresa (Business Address)_____ Teléfono(Phone) _____

Dirección 2 (Address 2) _____ Fax(Fax) _____

Ciudad(City) _____ Estado(State) _____ Código Postal(ZIP) _____

Médico Autorizado que hace el tratamiento (Authorized Treating Physician) _____
Correo Electrónico (Email) _____

Nombre de Compañía (Practice Name) _____

Dirección de Empresa (Business Address)_____ Teléfono(Phone) _____

Dirección 2 (Address 2) _____ Fax(Fax) _____

Ciudad(City) _____ Estado(State) _____ Código Postal(ZIP) _____

ESTA SECCIÓN ES PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR, EL MÉDICO AUTORIZADO QUE HACE EL TRATAMIENTO O POR EL ABOGADO DEL EMPLEADOR SI SOLAMENTE EL EMPLEADOR DESEA APELAR.

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE, THE AUTHORIZED TREATING PHYSICIAN OR THE EMPLOYEE'S ATTORNEY ONLY IF THE EMPLOYEE WISHES TO APPEAL.

Teléfono del Empleador (Employee Phone)_____Correo Electrónico(Email) _____

Dirección de Casa (Home Address)_____ Fax(Fax) _____

Ciudad(City) _____ Estado(State) _____ Código Postal(ZIP) _____

Abogado del Empleador, si corresponde (Employee's Attorney, if applicable)_____
Correo Electrónico (Email)_____

Nombre de Compañía (Practice Name) _____

Dirección de Empresa (Business Address)_____ Teléfono(Phone) _____

Dirección 2 (Address 2) _____ Fax(Fax) _____

Ciudad(City) _____ Estado(State) _____ Código Postal(ZIP) _____

ESTA SECCIÓN TIENE QUE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR. EL FORMULARIO C-31 ESTÁ DISPONIBLE EN http://www.tn.gov/assets/entities/labor/attachments/c31.pdf Y PUEDE SER PRESENTADO EN LUGAR DE FIRMAR ABAJO.

THIS SECTION MUST BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE. FORM C-31, AVAILABLE AT http://www.tn.gov/assets/entities/labor/attachments/c31.pdf MAY BE SUBMITTED RATHER THAN SIGNING BELOW.

Si usted, el empleador lesionado, no está de acuerdo con la denegación de su tratamiento médico recomendado por el Agente de Revisión de Utilización, usted tiene 30 días calendarios para apelar. Usted, su abogado, o su médico que hace el tratamiento puede pedir que la Oficina de Compensación a Trabajadores revise los hechos de su caso y emita una determinación. La revisión será realizada sin costo alguno para usted.

If you, the injured employee, disagree with the denial of your recommended medical treatment by the Utilization Review Agent, you have 30 calendar days to appeal. You, your attorney or your treating physician can ask the Bureau of Workers' Compensation to review the facts of your case and to issue a determination. The review will be performed at no cost to you.

Si desea pedir tal revision, tiene que:

1. Completar el resto de este formulario. Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para completarlo, llame al 800-332-2667 y pida a la Unidad Médica;
2. Proporcionar una copia de la carta que denegó su tratamiento médico pedido;
3. Proporcionar una copia de todos los registros médicos de los últimos doce (12) meses que se relacionen con la lesión de compensación de trabajadores, o pida que se envíen los registros a la Oficina;

4. Presentar la información al TDLWD, Workers´ Compensation Division por fax al (615) 253-5265, por correo electrónico al UR.appeals@tn.gov, o por correo a la dirección arriba dentro de treinta (30) días calendarios de la fecha de recibo de la Información de Revisión de Utilización.

If you wish to seek such a review, you must:

1. Complete the remainder of this form. If you have any questions, or need help in completing it, call 800-332-2667 and ask for the Medical Unit;
2. Provide a copy of the letter that denied your requested medical treatment;
3. Provide a copy of all medical records over the past twelve (12) months pertaining to the workers' compensation injury, or request that the records be sent to the Bureau;
4. Submit the information to the TDLWD, Workers' Compensation Division either by fax to (615) 253-5265, by email to UR.appeals@tn.gov, or by mail at the address above within thirty (30) calendar days of the date of receipt of the Utilization Review Report.

Yo _____, habiendo presentado una reclamación para beneficios de
(Nombre del empleado)

compensación a trabajadores, por el presente autorizo _____ a
(Nombre del proveedor médico)

proporcionar a la Oficina de Compensación a Trabajadores cualquier información o material escrito asociada razonablemente con mi lesión en relación al trabajo para la cual estoy reclamando compensación. Esta autorización incluye, pero no se restringe al derecho de revisar y obtener copias de todos los registros, radiografías, informes de radiografías, gráficos médicos, recetas, diagnósticos, opiniones y cursos de tratamiento. Una fotocopia de la autorización puede ser aceptada en lugar del original.

I, _____, having filed a claim for workers' compensation benefits do hereby
(Employee name)

authorize _____ to furnish to the Bureau of Workers'
(Name of medical provider)

Compensation any information or written material reasonably related to my work-related injury for which I am claiming compensation. This authorization includes, but is not restricted to, a right to review and obtain copies of all records, e-rays, x-ray reports, medical charts, prescriptions, diagnoses, opinions, and courses of treatment. A photocopy of this authorization may be accepted in lieu of the original.

_____	_____	_____
Firma del Empleado Employee signature	Fecha Date	Testigo Witness