



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

**SOLICITUD AL PROGAMA MIR PARA UNA CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD MÉDICA
REQUEST TO MIR PROGRAM FOR A MEDICAL IMPAIRMENT RATING**

Parte Solicitante(Requesting Party:) _____ Empleado (Employee) _____ (Abogado del Empleado) Employee Atty.
 _____ Empleador/Compañía (Employer/Carrier) _____ Abogado del Empleador/Compañía(Employer/Carrier Atty.)

Número de Registro Estatal (State File #) _____ Fecha de Lesión (Date of Injury) _____

Fecha MMI (Date of MMI) _____

Por favor enumere toda(s) la(s) parte(s) del cuerpo o sistema(s) de órganos por las que **el empleador y el empleado están de acuerdo** de que **aceptan** causación y SOLAMENTE la clasificación de discapacidad médica se disputa:

Please list all affected body part(s) or organ system(s) for which the **employer and employee agree** causation is **accepted** and ONLY the medical impairment rating is disputed:

Parte del Cuerpo/Sistema de Organos Body Part/Organ System (por ej. Dedo, ojo, mandíbula, pulmones, corazón, columna vertebral) (i.e. finger, eye, jaw, lungs, heart, spine)	Lado (Side) (¿izquierdo o derecho?) (left or right?)	Conyuntura (Joint) (cadera, hombro, muñeca, codo, rodilla, cadera, tobillo) (hip, shoulder, wrist, elbow, knee, hip, ankle)	Parte de la columna vertebral (Part of Spine) (superior, medio, inferior) (upper, middle, lower)

Nombre del Empleado (Employee Name) _____ NSS(SSN:) _____

Fec. de Nac.(DOB) _____ Teléfono(Phone) _____ Correo Electrónico(Email) _____

Dirección de Casa (Home Address) _____

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

Abogado del Empleado (Employee's Attorney) _____

Correo Electrónico(E-Mail) _____

Nombre de Bufete (Practice Name) _____

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

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

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

¿Se necesita un intérprete para la evaluación?

Is an interpreter needed for the evaluation? No(No) _____ Sí(Yes) _____

De ser sí, indique el idioma (If yes, primary language spoken)

¿Un especialista de la Oficina de Compensación a Trabajadores actualmente está asignado al caso?

Is a Bureau of Workers' Compensation Specialist currently assigned to the case? No(No) _____ Sí(Yes) _____

De ser "sí", ¿cuál es el nombre de Especialista?

If yes, name of the Specialist _____

¿Se ha solicitado mediación con la Oficina?

Has mediation with the Bureau been requested? No(No) _____ Sí(Yes) _____

De ser "sí", la fecha programada (If yes, scheduled date) _____

¿Se involucra el Fondo de Segunda Lesión?

Is the Second Injury Fund involved? No(No) _____ Sí (Yes) _____

De ser "sí", ¿cuál es el nombre del abogado?

If yes, atty. name) _____

Nombre del Empleador (Employer Name) _____

Dirección

(Address) _____

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

Abogado del Empleador (Employer's Attorney) _____

Correo Electrónico(E-Mail) _____

Nombre de Bufete (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 Reajustador(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) _____

Por favor, enumere todos los médicos que han emitido una clasificación de discapacidad sobre este asunto, indicando la(s) parte(s) del cuerpo o sistema(s) de órganos evaluados, el diagnóstico con relación al trabajo que se dio, y la clasificación emitida. Para lesiones de la espalda, por favor especifique si se clasificó la espalda superior (cervical), la espalda inferior (lumbar) o la espalda media (torácica). Para las extremidades, por favor especifique qué conyuntura o parte (mano, pulgar, muñeca, codo, hombro, cadera, rodilla, tobillo, pie, dedo de pie) y el lado (izquierdo o derecho) fue clasificado.

Please list all physicians who have issued an impairment rating in this matter, indicating the body part(s) or organ system(s) evaluated, the work-related diagnosis given, and the rating issued. For back injuries, please specify whether the upper back (cervical), lower back (lumbar), or mid-back (thoracic) was rated. For extremities, please specify which joint or part (hand, thumb, wrist, elbow shoulder, hip, knee, ankle, foot, toe) and side (left or right) was rated.

NOMBRE DE MÉDICO, NOMBRE DE OFICINA, DIRECCIÓN (Por favor incluye la Calle, Ciudad, Estado y Código Postal) PHYSICIAN NAME, PRACTIC NAME, ADDRESS (Please include Street, City, State, and Zip)	PARTES DEL CUERPO/SISTEMA DE ORGANOS EVALUADOS (BODY PART/ORGAN SYSTEM EVALUATED)	DIAGNOSIS EXACTA CON RELACIÓN AL TRABAJO (EXACT WORK-RELATED DIAGNOSIS)	CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (IMPAIRMENT RATING)
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			

**Por favor proporcione los nombres de todos los médicos que hacen el tratamiento en este caso.
Please provide the names of all treating physicians in this case.**

NOMBRE DE MÉDICO, NOMBRE DE OFICINA, DIRECCIÓN (Por favor incluyA la Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)	
(1)	(8)
(2)	(9)
(3)	(10)
(4)	(11)

(5)	(12)
(6)	(13)
(7)	(14)

**Certificado de Correo
Certificate of Mailing**

La parte solicitante enviará una copia de esta solicitud a otra parte y al Programa. Copias de este documento fueron puestas en el Correo de los EE.UU. o fueron entregados a las siguientes partes este día _____ day _____ de 20____. Marque todas las personas que reciben una copia.

The requesting party shall send a copy of this application to the other party and to the Program. Copies of this document were placed in the U.S. Mail or delivered to the following parties this _____ day of _____, 20____. Circle all persons copied:

- | | | | |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Empleado | Abogado del Empleado | Abogado del Empleador | Compañía de Seguro |
| Employee | Employee's Attorney | Employer's Attorney | Insurance Carrier |

Por el presente, yo pido que la Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee proporcione una lista de Médicos de MIR para ayudar a resolver la disputa con relación a la lesión descrita arriba. Si fuera apropiado, incluyo con este Formulario de Solicitud, una copia del Formulario C-42 Elección del Panel Médico y una copia de las restricciones permanentes si esta solicitud se debe a un Clasificación de Discapacidad de 0% que incluyó restricciones permanentes.

I hereby request the Tennessee Bureau of Workers' Compensation to provide a list of MIR Physicians to help resolve the dispute related to the above-detailed injury. If appropriate, I am including, with this Request Form, a copy of the Form C-42 Choice of Physician Panel and a copy of the permanent restrictions if this request is due to 0% Impairment Rating that included permanent restrictions.

-----	-----	-----
Nombre en letra de molde	Firma	Fecha
Printed name	Signature	Date