ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
ACAA
GOBIERNO DE PUERTO RICO
Directora Ejecutiva | Wanda Ortega Álamo | wortega@acaa.pr.gov

Política y Procedimiento	**Página: 1 de 10**
Departamento: Asuntos Médicos	**Efectividad:** 16 de julio de 2026
Título: Autorización de Cirugías	**Aplica al Departamento: Asuntos Médicos**
Número: 2026-AM-PP- 10	**Fecha más reciente de revisión:** 16/julio/26
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez,	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo, Wanda G. Ortega	

I. Titulo

Autorización de Cirugías

II. Política

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), cubre el beneficio de cirugías a los lesionados de accidentes de vehículo de motor, si existe la relación causal de las lesiones con el accidente de vehículo de motor y existe una necesidad médica. Las cirugías pueden ser clasificadas como electivas, de emergencia o urgencia, reconstructivas o para remoción de dispositivos de fijación ortopédica. Este documento describe el procedimiento de autorización que se debe seguir para las cirugías cubiertas.

III. Base Legal

Esta política se establece a tenor con el Artículo 4, G de la Ley Núm. 111-2020 de 14 de agosto de 2020, en vigor a partir del 12 de noviembre de 2020, "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículo de Motor", en adelante "Ley Núm. 111-2020"; y la Regla 17 del Reglamento Núm. 9249, aprobado el 29 de diciembre de 2020, "Reglamento para la Ley Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor", en adelante "Reglamento Núm. 9249", según enmendado. Estas son las fuentes legales principales sobre el tema, pero no excluye otras con efectos regulatorios sobre el asunto.

IV. Propósito

Establecer los criterios de elegibilidad, evaluación y autorización de procedimientos quirúrgicos para lesionados cubiertos por la ACAA, garantizando servicios médicos necesarios, oportunos y de calidad, conforme a la Ley Núm. 111-2020.

V. Definiciones

Los siguientes términos, palabras y frases utilizadas en el contexto de la presente Política tendrán el significado a continuación especificado, excepto que en el texto se provea otro significado o fuere incompatible con el espíritu y propósito de la disposición. La referencia

al tiempo presente incluye el futuro; el género masculino incluye el femenino o cualquier otro y al número singular incluye el plural y viceversa. Para fines de esta política y procedimiento se definen los siguientes términos:

A. **Accidente** – Significa un suceso atribuido directa o indirectamente al uso normal y corriente de un vehículo de motor como tal vehículo en el que se lesiona una o varias personas.

B. **Auditoría Médica** - Procedimiento de revisión y evaluación de determinados expedientes clínicos por personal cualificado, para evaluar la calidad de los servicios prestados, si hay patrones de fraude y abuso y si dichos servicios son médicamente necesarios.

C. **Certificación Electrónica y Manual de Servicios Médicos-Hospitalarios y Quiroprácticos -.** Instrumento de valor financiero emitido por la "ACAA" para autorizar los servicios de salud a los proveedores que prestarán asistencia médico-hospitalaria a los lesionados. Las certificaciones electrónicas se expedirán a través del Sistema Electrónico ACAA21 Web, mientras las certificaciones manuales son las preparadas cuando se activa el Plan de Contingencia por fallas en los sistemas computarizados o falta de energía eléctrica.

D. **Cirugía** - Rama de la medicina que se ocupa de curar las enfermedades, formaciones y traumatismos, entre otros, mediante operaciones manuales o instrumentales. También referida en esta política y procedimiento como procedimiento médico quirúrgico o invasivo realizado con fines diagnósticos o terapéuticos.

E. **Cirugía Ambulatoria** - Procedimiento de tipo invasivo, planificado, que usualmente es de corta duración, leve complejidad y mínimo de riesgo de complicación, ejecutado por un especialista en cirugía. El mismo conlleva el uso de un agente anestésico y podrá ser realizado en un centro de cirugía ambulatoria o mediante el uso de sala de operaciones de una facilidad hospitalaria:

   1. **Cirugía Ambulatoria del mismo día ("Same Day Surgery")** - El paciente es dado de alta el mismo día de la cirugía.

   2. **Cirugía Ambulatoria de un día ("One Day Surgery")** - Al paciente se le recomienda médicamente que permanezca bajo observación en la sala de recuperación o en el hospital por espacio de 24 horas una vez realizada la cirugía.

F. **Cirugía Electiva** – Procedimiento quirúrgico que se realiza para corregir condiciones, sin riesgo vital, con el consentimiento del lesionado o su representante autorizado, que pueden programarse y planificarse. La mayoría de las cirugías electivas son ambulatorias, es decir, que el ingreso al procedimiento y el alta del hospital ocurren en el mismo día.

G. **Cirugía de Emergencia o Urgencia** – Procedimiento quirúrgico que debe realizarse de inmediato debido a condiciones críticas que amenazan la vida del lesionado.

H. **Cirugía para Remoción de Metales de Fijación Ortopédica** – Procedimiento quirúrgico mediante el cual se remueven metales previamente implantados en los lesionados.

I. **Cirugía Reconstructiva** - Rama de la cirugía plástica practicada con el objeto de restaurar el funcionamiento de un área anatómica afectada.

J. **Comité de Evaluación Médica** - Grupo de médicos seleccionados por la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles para la toma de decisiones clínicas.

K. **Condición de Emergencia Médica** - Condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría (1) poner en grave peligro la salud de una persona o, (2) causar un grave deterioro en las funciones corporales de dicha persona; (3) causar una grave disfunción de cualquier órgano corporal o parte de dicha persona; o (4) desfiguración grave de la persona.

L. **Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores** - Unidad de trabajo dentro de la estructura organizacional de la ACAA, a la que están adscritas las Áreas de Autorizaciones de Servicios Médicos-Hospitalarios, Servicios Quiroprácticos, Cumplimiento de Servicios al Lesionado, Farmacia y Contratación y Relaciones con Proveedores

M. **Emergencia** - Situación o suceso que ocasiona una necesidad inesperada e imprevista y que requiere una acción inmediata de parte de la ACAA por estar en peligro la vida, la salud o la seguridad de los ciudadanos o empleados de la ACAA; o por estar en peligro de suspenderse o afectarse el servicio a los participantes o a la propiedad de la ACAA y que no pueda cumplirse el procedimiento ordinario de compras y adquisiciones de bienes y servicios, con prontitud debido a la urgencia de la acción que debe tomarse. Para efectos de las adquisiciones de equipos médicos y bandejas médico-quirúrgicas (DMEPOS), una emergencia constituirá una situación donde la vida, salud o integridad personal de un lesionado, esté gravemente en riesgo.

N. **Necesidad Médica** - Se fundamenta en la práctica aceptada de la medicina que garantiza la habilidad de que el lesionado del accidente mantenga, conserve u obtenga sus capacidades funcionales y conforme a las políticas médicas aprobadas. Incluye, pero no se limita a servicios, tratamientos, equipos y suministros que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento del estado médico del lesionado, que cumplen con los estándares de la práctica de la medicina y que no se proveen por conveniencia del lesionado o su proveedor de servicio.

O. **Paciente Ambulatorio** — Aquel que al momento en que el médico determina realizar la cirugía no se encuentra admitido en una institución hospitalaria.

P. **Procedimiento de Autorización** — Proceso que se lleva a cabo en el Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA, en el cual se analiza y se determina la relación causal entre el accidente y cada una de las lesiones recibidas por el lesionado y la necesidad médica de los beneficios solicitados, previo a la aprobación o denegación de los beneficios médico-hospitalarios o del pago de estos.

Q. **Relación Causal -** Determinación fundamentada en la evidencia médica y otros documentos presentados por el lesionado en su reclamación en la que se concluye que las lesiones y condiciones que presenta el lesionado fueron causadas por un accidente de vehículo de motor.

R. **Servicios de Emergencia** - Servicios médico-hospitalarios cubiertos que son provistos por un proveedor acreditado y son necesarios para evaluar y estabilizar una condición de emergencia médica.

S. **Sistema Electrónico (ACAA 21 Web)** - Se refiere al Sistema Electrónico ACAA 21 utilizando la red informática de Internet. La red de Internet nos da una mayor flexibilidad para el uso de herramientas de trabajo como el uso de correos electrónicos para el intercambio de información, mensajes y documentos entre nuestros usuarios, reclamantes y proveedores de servicios, entre otros. Los documentos recibidos a través de este correo lo podemos archivar directamente al expediente electrónico del lesionado sin pasar por el proceso de digitalización.

T. **Trauma Severo** - Lesiones cuyo tratamiento y rehabilitación, a juicio de un Comité de Evaluación Médica creado por la Administración, requieran un término mayor de dos (2) años y donde exista una o más lesiones médicas postraumáticas con daño objetivo que limite la función de algún órgano o sistema. El daño debe ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más actividades del diario vivir.

VI. Disposiciones Generales

A. Cubierta

La ACAA cubrirá las cirugías que requiera un lesionado durante un periodo de dos (2) años en cubierta básica y mayor a los dos (2) años en casos de cubierta extendida, si existe relación causal de las lesiones con el accidente de vehículo de motor y existe la necesidad médica para realizar la cirugía.

Política y Procedimiento	Página: 5 de 10
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 16 de julio de 2026
Título: Autorización de Cirugías	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2026-AM-PP-10	Fecha más reciente de revisión: 16/julio/26
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

B. Procedimiento de Autorización

1. **Cirugías Electivas** (ambulatorias, reconstructivas o para remoción de metales de fijación ortopédica).

   a. Toda cirugía electiva debe ser debidamente autorizada por el Departamento de Asuntos Médicos, de acuerdo con el procedimiento establecido en la Política y Procedimiento de Autorización de Servicios Médicos y Beneficios (2025-AM-PP-06). En el proceso de autorización se establece la relación causal entre la cirugía propuesta y el accidente de vehículo de motor.

   b. Las cirugías de emergencia o urgencia en lesionados ambulatorios requieren la autorización del Departamento de Asuntos Médicos para establecer la relación causal entre la cirugía y el accidente de vehículo de motor.

   c. La Oficina Regional consultará al Departamento de Asuntos Médicos toda cirugía o procedimiento quirúrgico a ser realizado, al igual que todos los servicios necesarios para llevar a cabo la cirugía, acompañado de la documentación requerida:

      1) Deberá incluir el código del procedimiento, según el Manual CPT.

      2) Forma: Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado y Diagrama del cuerpo humano para identificar las áreas que fueron impactadas en el accidente de automóvil (Forma ACAA 300-53 A, B y C).

      3) Forma: Informe de Evaluación y Tratamiento (Forma ACAA 300-70).

      4) Forma: Radicación y Certificación de Reclamaciones (Forma ACAA C-001).

      5) Ordenes de admisión — Las mismas deben estar en letra clara y legible, indicando la fecha de la cirugía y el diagnóstico y justificación del procedimiento a realizar, firmado por el médico con el número de licencia,

      6) Órdenes para laboratorios, placas, electrocardiograma y consulta preoperatoria.

      7) Reportes de placas y estudios radiográficos, laboratorios y procedimientos quirúrgicos previos.

8) En casos de cirugías reconstructivas, se enviará al Gerente de Asuntos Clínicos del Departamento de Asuntos Médicos, las fotos del área a ser intervenida, vía correo electrónico, para justificar la necesidad médica del procedimiento

d. El médico del Departamento de Asuntos Médicos que evalúe el caso revisará todos los servicios solicitados y procederá a autorizar o denegar los mismos.

e. Para iniciar el proceso de preadmisión y programación para la intervención quirúrgica se deberá tener la autorización del Departamento de Asuntos Médicos.

f. En caso de denegación, la Oficina Regional enviará carta al lesionado informándole la decisión. Si la cirugía es aprobada, la Oficina Regional notificará al lesionado para que acuda a recoger los documentos necesarios para efectuar el procedimiento solicitado.

g. Una cirugía es autorizada cuando se emita una aprobación del servicio por parte del Departamento de Asuntos Médicos, esto conlleva a su vez la emisión de la Certificación de Servicios Médicos-Hospitalarios y Quiroprácticos como autorización por parte de la Oficina Regional para el servicio autorizado (Forma ACAA 300-242) o de la Certificación de Servicios Médicos-Hospitalarios-Cirugía Ambulatoria (Forma ACAA 300-242-B)

h. De haberse solicitado algún equipo médico con la autorización de la cirugía, la ACAA procederá a efectuar el proceso de adquisición del equipo.

2. Cirugías de Emergencia o Urgencia

Por su naturaleza, las cirugías de emergencia no requieren ser autorizadas por el Departamento de Asuntos Médicos, excepto aquellas a realizarse en lesionados ambulatorios. Todas las cirugías relacionadas al accidente de vehículo de motor y que ocurran durante la hospitalización inicial, posterior al accidente, serán consideradas como cirugías de emergencia. La relación causal entre el accidente y la cirugía será establecida en el proceso de auditoría del Programa de Revisión Hospitalaria. A continuación, se incluyen ejemplos de las cirugías post traumáticas y ortopédicas de emergencias, más comunes:

a. Cualquier lesión en pelvis con daño urológico, ginecológico o vascular.

b. Cualquier lesión en pelvis en que el lesionado se encuentre en estado de shock.

c. Dislocaciones de coyunturas grandes y medianas, tales como hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y tobillo.

d. Fractura de cuello de fémur en niños y adolescentes.

e. Fracturas con heridas abiertas y exposición de hueso o coyuntura.

f. Fracturas craneales con cualquier tipo de hematoma.

g. Fracturas craneales, deprimidas o compuestas.

h. Fracturas del talón del tobillo.

i. Fracturas múltiples de huesos largos de la misma extremidad, tales como tibia-fémur, humero radio-urna.

j. Laceración o lesión con penetración o perforación de órbita.

k. Laceraciones y lesiones en corazón, hígado, bazo, riñón, vejiga, uretra y otros órganos del cuerpo.

l. Lesión vascular en peligro de la viabilidad o sobrevivencia de la extremidad.

m. Lesiones músculo-esqueletales con afectación o compromiso de múltiples sistemas y áreas anatómicas, tales como cabeza, pecho, abdomen.

n. Neumotórax.

o. Pecho bamboleante (*Flail Chest*).

p. Síndrome de compartimiento (hinchazón, edema, pérdida de sensación).

q. Trauma músculo-esqueletal con lesiones vasculares o neurológicas.

3. Reemplazo de Articulaciones

a. Se cubren las complicaciones post operatorias que surjan dentro de los primeros seis (6) meses a partir de la fecha del procedimiento quirúrgico.

b. Las complicaciones que surjan luego de seis (6) meses hasta dos (2) años después del accidente de vehículo de motor, serán evaluadas por el Comité de Evaluación Médica para determinar si la condición es a consecuencia del accidente o si es el resultado del

desgaste natural de las articulaciones no relacionadas al accidente de vehículo de motor. En este último caso, el tratamiento no está cubierto.

c. La cirugía de revisión de reemplazo se considera tratamiento de sostén y mantenimiento por lo que no está cubierto por la ACAA excepto en los casos de agravación.

4. Artritis Postraumática

a. Si se diagnostica artritis postraumática durante la cubierta básica, se aprobará solamente el primer reemplazo de la articulación.

b. Los casos de necrosis avascular secundaria a fractura o dislocación de la articulación afectada por el accidente de vehículo de motor, que surja durante la cubierta básica, serán evaluados por el Comité de Evaluación Médica, quien tomara en consideración que no haya otros factores externos no relacionados directamente al accidente de vehículo de motor.

5. Disco Herniados

a. Se cubrirá una cirugía y tratamiento, relacionado directamente al accidente de vehículo de motor, dentro del periodo de la cubierta básica y se cubrirán complicaciones durante el mismo periodo de la cubierta básica y hasta seis (6) meses luego de la cirugía.

b. Los casos no quirúrgicos no se consideran trauma severo.

c. Para que un disco herniado se considere relacionado al accidente, se debe de manifestar en los primeras dos (2) semanas posteriores al accidente y con hallazgos de estudios de imágenes con descripción de cambios de trauma agudo.

d. Hallazgos Claves en Resonancia Magnética:

1) Material discal desplazado: Se visualiza una masa que sobresale del disco, con una intensidad de señal similar al disco de origen (usualmente hipointenso en T2).

2) Signo del anillo roto: Pérdida de la integridad del anillo fibroso posterior, visible en secuencias ponderadas en T2.

3) Compresión de estructuras: Compresión directa del saco tecal, raíces nerviosas o la médula espinal, a menudo con edema en las raíces afectadas.

4) Cambios inflamatorios agudos: Posible edema óseo subcondral en las vértebras adyacentes al disco afectado.

5) Ubicación: Las hernias agudas a menudo se localizan en la zona posterior o posterolateral.

e. Hallazgos Claves en Tomografía Computarizada:

1) Densidad de partes blandas: Masa de alta densidad en el canal espinal, que es más densa que el líquido cefalorraquídeo pero similar al disco.

2) Localización exacta: Excelente visualización de fragmentos discales, especialmente si son de gran tamaño.

3) Fragmento libre (Secuestro): El material discal puede aparecer separado del disco intervertebral, desplazado hacia arriba o abajo en el canal.

6. Cirugía y Fusiones Cervicales y Lumbares

a. Se cubrirá una cirugía de la columna vertebral y manejo postoperatorio durante el periodo de la cubierta básica cuando exista relación causal de la lesión a ser operada con el accidente de vehículo de motor.

VII. Limitaciones y Exclusiones

Bajo las Regla 15 C3 no se autorizarán medicamentos o servicios dirigidos a mitigar condiciones crónicas, a consecuencia o secundarias a la lesión original, excepto en parapléjicos, cuadripléjicos, casos de fracturas múltiples con complicaciones y de trauma severo, que afecten una o más actividades del diario vivir según la necesidad médica del caso, y aprobado por el Comité de Evaluación Médica.

VIII. Vigencia

Este procedimiento tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación. Queda derogada cualquier otra política, procedimiento, o disposición anterior en conflicto con esta normativa.

IX. Anejos

1. Radicación y Certificación de Reclamación-Forma ACAA C-001

2. Datos Médicos que puedan Ayudar al Manejo Adecuado del Lesionado-Forma ACAA 300-53 A
3. Diagrama del Cuerpo Humano Hombre-Forma ACAA 300-53 B
4. Diagrama del Cuerpo Humano Mujer-Forma ACAA 300-53 C
5. Informe de Evaluación y Tratamiento-Forma ACAA 300-70
6. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos-Forma ACAA 300-242
7. Certificación Manual de Servicios Médico-Hospitalario y Quiroprácticos Forma ACAA 300-242 A
8. Certificación Manual de Servicios Médico-Hospitalario y Quiroprácticos (Cirugía Ambulatoria) Forma ACAA 300-242 B

X. Referencias

1. 2025-AM-PP-06 Autorización de Servicios Médicos y Beneficios

XI. Control de Cambio

Nombre de la Política y Procedimiento	Fecha:	Cambios:
Cirugía Electivas y de Emergencia 2015-AM-PP-08	08-26-2015	Derogar
Cirugía para Remoción de Metales de Fijación Ortopédica Carta Circular 2010-08	11-22-2010	Derogar
Cirugía para Remoción de Metales de Fijación Ortopédica	11-18-2010	Derogar

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

RADICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES

NÚMERO DE RECLAMACIÓN:___ TIPO DE PRIMA: ___ NÚMERO DE QUERELLA:___

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Núm. de Cuartel o Placa de Policía	Fecha del Accidente (Mes-Día-Año)	Hora	Lugar del Accidente	Pueblo	Fecha de Radicación (Mes-Día-Año)

INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Número de Seguro Social	Clasificación: Conductor ___ Peatón ___ Pasajero ___ Motora ___ Ciclista ___ Jinete ___	Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal

Dirección Postal:	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular

Teléfono del Trabajo	Teléfono Residencial	Email	Ocupación	Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año)

Seguro Privado Si_ No	Seguro Social Choferil Si__ No__	Nombre de la Aseguradora	Número de Póliza

INFORMACIÓN DEL TUTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo

Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Residencial

Número de Seguro Social	Relación con el Lesionado	Email:	Teléfono Celular

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Dirección Residencial:	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo:
				Teléfono Residencial:

Dirección Postal :	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular::

Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: ____

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AUTORIZADO ACOMPAÑANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo
				Teléfono Residencial
Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular

Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)

INFORMACIÓN DEL DUEÑO DEL VEHÍCULO

Nombre Persona o Compañía:	Sexo:

Dirección Residencial o Negocio	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Persona o Compañía
				Teléfono Residencial
Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular:

Número de Seguro Social	Número de Tablilla de Vehículo	Tipo de Vehículo	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)	Número Marbete

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Escriba de manera concisa las lesiones y descripción de cómo ocurrió el accidente. Además, incluya el nombre de todas las personas que estuvieron en ese accidente.

Indique si tiene otra reclamación con ACAA vigente y cuál es el número de caso.

Certifico que la información suministrada es correcta y conociendo las penalidades de Ley por ofrecer información falsa juro y firmo para que así conste.

Nombre del Reclamante y/o Representante:	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Reclamante y/o Representante:	
Nombre del Oficial de Reclamaciones:	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Oficial de Reclamaciones:	
Nombre del Director: o Representante Autorizado	
Firma del Director o Representante Autorizado:	

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente: Edad:

Ocupación: Núm. Solicitud: Médico Primario y/o IPA: ___

Núm. de Reclamación:

Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado

Firma del lesionado: _____

Firma del familiar/encargado: _____
Relación con el lesionado: _____
Fecha: _____

*Este documento debe ser completado en su totalidad

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

Nombre del Lesionado: Fecha Accidente: Edad:

Ocupación: Núm. de Reclamación: Médico Primario y/o IPA: __

Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado

Recibe o a estado en tratamiento antes del accidente para las siguientes condiciones

	Si	No
1. Alta presión (Hipertensión Arterial)	☐	☐
2. Marcapaso	☐	☐
3. Diabetes	☐	☐
4. Enfermedades Tiroides	☐	☐
5. Convulsiones / Epilepsia	☐	☐
6. Enfermedad de Salud Mental (Nervios)	☐	☐
7. Alzheimers Disease	☐	☐
8. Dolor de cabeza / Migraña	☐	☐
9. Problemas visuales	☐	☐
☐ Espejuelos ☐ Cataratas ☐ Glaucoma		
10. Desbalances	☐	☐
11. Pérdida de audición	☐	☐
☐ Utiliza audífonos		
12. ¿Tiene dientes postizos?	☐	☐
13. Trauma a la mandíbula	☐	☐
14. Dolor de huesos	☐	☐
a. Dolor en el cuello	☐	☐
b. Dolor en los hombros	☐	☐
c. Dolor en las manos / Muñecas	☐	☐
d. Dolor en la espalda	☐	☐
☐ Alta	☐	☐
☐ Media	☐	☐
☐ Baja	☐	☐
e. Dolor en las caderas	☐	☐
f. Dolor en las rodillas	☐	☐
g. Dolor tobillo / Pie	☐	☐
16. Brazos o piernas artificiales	☐	☐
¿Cuántos?_____		
17. Quistes o masas en los senos	☐	☐
18. Problemas respiratorios	☐	☐
☐ Asma bronquial ☐ Copd	☐	☐
☐ Sinusitis ☐ Bronquitis, Enfisema	☐	☐
20. Dolor abdominal, estómago, intestino	☐	☐
21. Discos herniados	☐	☐
a. Cervical (cuello)	☐	☐
b. Lumbar (espalda)	☐	☐
22. Manejo del dolor / Bloqueos	☐	☐
23. Vejiga caída / Se le sale la orina	☐	☐
24. Historial de fractura o caídas	☐	☐
25. Historial de:	☐	☐
☐ Artritis ☐ Artritis Reumatoidea	☐	☐
☐ Osteoporosis ☐ Lupus	☐	☐
26. Mala Circulación	☐	☐
27. Hábitos	☐	☐
☐ Fuma ☐ Alcohol ☐ Drogas		
28. Embarazada	☐	☐
Semanas de embarazo_____		

	Izq	Der.
13. Trauma a la mandíbula	☐	☐
14. Dolor de huesos	☐	☐
a. Dolor en el cuello	☐	☐
b. Dolor en los hombros	☐	☐
c. Dolor en las manos / Muñecas	☐	☐
16. Brazos o piernas artificiales	☐	☐

Está tomando medicamentos para:

	Si	No		Si	No
Presión / Corazón	☐	☐	Azúcar	☐	☐
Epilepsia / Nervios	☐	☐	Circulación	☐	☐
Anticoagulantes	☐	☐			
Para dolores de cuello, espalda				☐	☐

Para otra condición ¿Cuál?_____

Medicamento _____

Alergias a medicamentos o alimentos:

	Si	No		Si	No
Aspirina	☐	☐	Penicilina	☐	☐
Sulfas	☐	☐	Otros_____		

Ha tenido operaciones de:

	Si	No	
Cataratas	☐	☐	¿Cuándo?_____
Cirug a de cuello / Espalda	☐	☐	¿Cuándo?_____
Corazón	☐	☐	¿Cuándo?_____
Discos herniados	☐	☐	¿Cuándo?_____
a. Cervical (cuello)	☐	☐	
b. Lumbar (espalda)	☐	☐	
Fracturas con metales de fijación	☐	☐	¿Cuándo?_____
☐ Trauma ☐ Artritis			
Reemplazo articulación	☐	☐	¿Cuándo?_____
¿Cuál?_____			
Cirugías abdominales / Pélvicas	☐	☐	
Otros: Especifique_____			
Hernias abdominales o inguinales	☐	☐	¿Cuándo?_____
Artroscopía	☐	☐	¿Cuándo?_____

Estudios realizados durante los últimos dos años:

	Si	No	Fecha		Si	No	Área Anatómica
Rayos X	☐	☐	_____	Sonograma	☐	☐	_____
Bone Scan	☐	☐	_____	MRI	☐	☐	_____
EEG	☐	☐	_____	EMG / NVC	☐	☐	_____
Mamografías	☐	☐	_____	CT Scan	☐	☐	_____
Doppler							
Arterial	☐	☐	_____	Venoso	☐	☐	_____
¿De qué área anatómica?_____							
Casos en el Fondo del Seguro del Estado					☐	☐	_____
Casos previos en ACAA					☐	☐	_____
¿Ha estado hospitalizado?					☐	☐	_____

¿Cuándo?_____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar / encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha _____

*Este documento debe ser completado en su totalidad

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

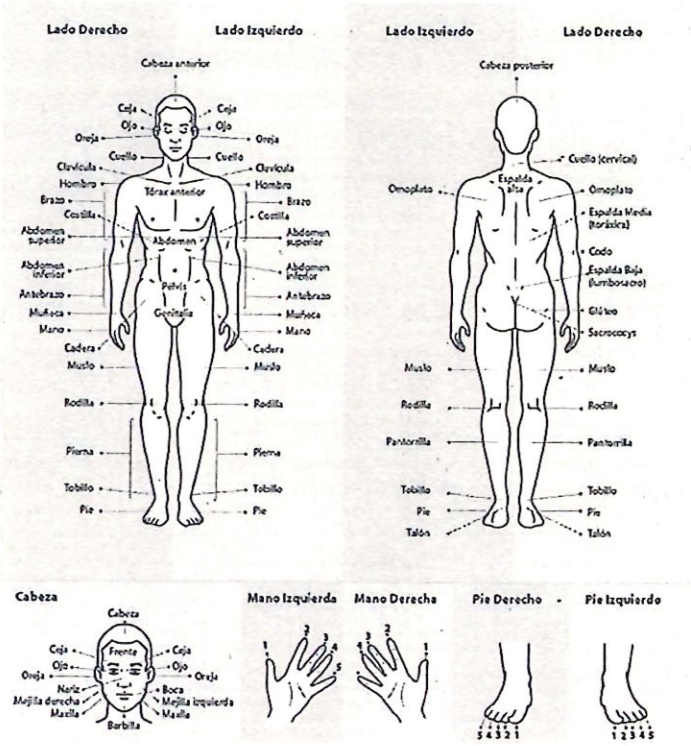
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL



¿Fue a sala de Emergencia? Sí __ No __ ¿Dónde? _____
¿Fue hospitalizado? Sí __ No __ ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____
Relación con el lesionado _____
Fecha: _____

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

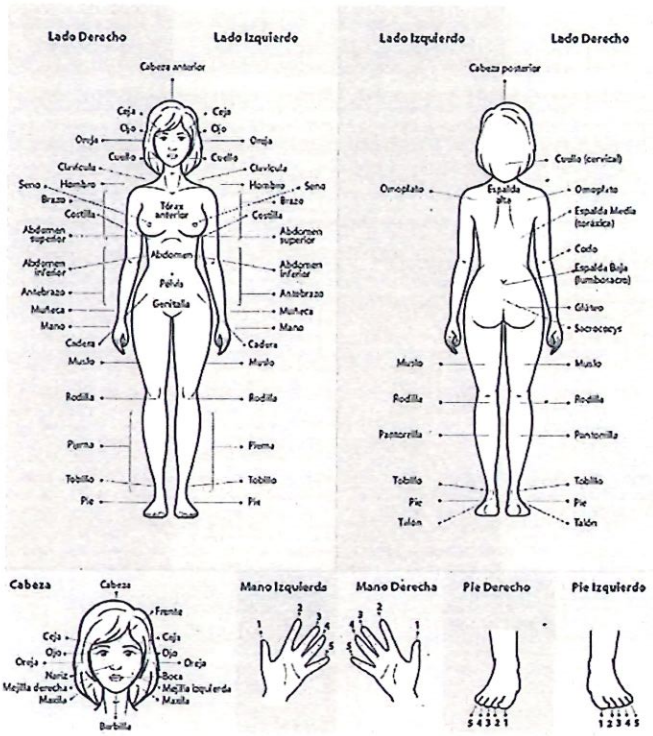
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL



¿Fue a sala de Emergencia? Sí __ No __ ¿Dónde? _____

¿Fue hospitalizado? Sí __ No __ ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha: _____

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

INFORME DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO / MEDICAL EVALUATION

Núm. de Reclamación/Claim Number:	**Fecha Accidente/Accident Date:**
Nombre/Name:	**Edad/Age:**

Lugar de Servicio/Place of Services: ☐ ER ☐ OFIC. ☐ HOSP.

Queja Principal/Main Complaint:

Physical Exam: BP_____ P_____ R_____ T_____ Weight_____ Allergies_____

Gen.
Distress: ☐ none ☐mild ☐ moderate ☐ severe
Nutrition: ☐ nl ☐ mainourished ☐obese
Hydratation: ☐ nl ☐dehydrated

CV:
☐regular rate, rhythm ☐heart sound nl, no murmur
☐distal pulses strong and symmetric

Head:
☐no evidence of trauma ☐no raccoon eyes ☐ no battle's sign

Resp.
☐no resp. distress ☐breath sounds clear and equal ☐chest nontender

Eyes:
☐PERRL ☐ EOMI ☐ lids, sclera nl

Abd:
☐Soft, nontender ☐no organomegaly ☐rectal nl, heme negative

ENT:
☐external facial exam nl ☐no hemotympanum
☐nasal exam nl ☐no dental injury, no malocclusion

GU:
Male: ☐inspection nl ☐testicular exam ☐prostate nl
Female: ☐inspection nl ☐bimanual exam nontender

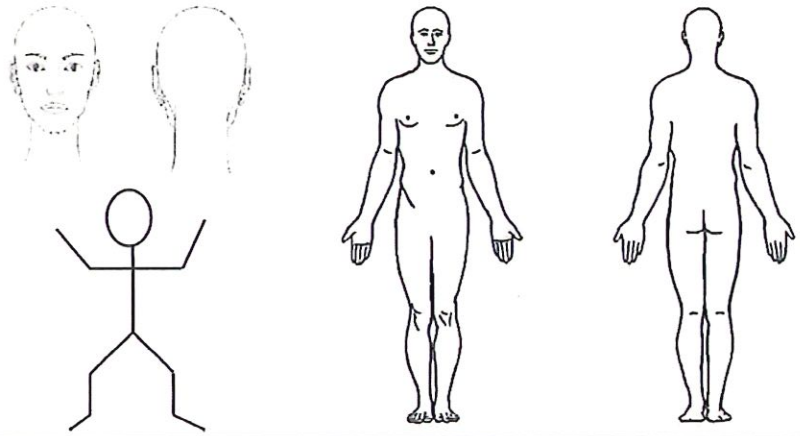
Neck:
☐nontender ☐painless ROM ☐trachea midline

Neuro:
☐alert and oriented x3 ☐craniar nerves intact ☐speech nl
☐no motor deficit ☐sensation intact to light touch ☐gait nl

Psych:
☐affect, mood nl ☐judgement nl

Skin:
☐warm, dry ☐no cyanosis

Musculoeskeletal:
☐no thoracic, lumbar, or sacral vertebral tenderness



Diagnósticos/Diagnosis (code)

1.

2.

3.

4.

Tratamiento/Treatment:

Paciente dado de alta/Discharged: ☐sí ☐no	Fecha de seguimiento/ Follow up:

☐Certifico que he examinado a este paciente y que las lesiones descritas fueron ocasionadas por el accidente de automóvil./ I certify that the patient has been examined, and the described injuries were caused by the car accident.

Nombre del Médico/Doctor's name	Firma/Signature	Fecha/Date	#licencia/ license #

Forma ACAA 300-70
Rev. Nov. 2021

GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

INFORMACIÓN DEL LESIONADO	
Nombre del Lesionado:	Fecha de emisión:
Número de Reclamación:	Fecha de vencimiento:
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

Instrucciones al proveedor de servicio:

1. Acompañe certificación con su factura, hoja de evaluación, nota de progreso y la carta de excepción, si aplica.
2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.
3. Sujeto a auditoría médica.
4. La Firma del Lesionado es requerida en este Documento.
5. El Lesionado deberá Inicialar por servicios prestados.

Nombre del proveedor: Teléfono:

Especialidad: Correo electrónico:

Dirección:

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

Le referimos al lesionado quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que provea los servicios médicos que a continuación detallamos:

Servicio:	Número de autorización:	Iniciales:

Nombre del Oficial de Reclamaciones: Firma de Oficial de Reclamaciones:_____

Nombre del lesionado en letra de molde: Firma del Lesionado:_____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Medico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMOVILES

CERTIFICACIÓN MANUAL DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):
Número de reclamación:	**Fecha de vencimiento** (mes/día/año):
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

Instrucciones al proveedor de servicio:

1. Acompañe certificación original con su factura, Hoja de Evaluación, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.
2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.
3. Sujeto a auditoría médica.
4. **La firma del lesionado es requerida en este documento.**
5. **El lesionado deberá inicialar por servicios prestados.**

Nombre del proveedor: Teléfono:
Especialidad: Correo electrónico:
Dirección:

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

Le referimos al lesionado _____ quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que le preste los servicios que a continuación detallamos:

Servicio:	Número de autorización:	Total de servicios:	Iniciales:
☐ Ambulancia			
☐ Transporte alterno			
☐ Visita Inicial			
☐ Visita Seguimiento			
☐ Rayos X			
☐ Rayos X Interpretación			
☐ Rayos X Producción			
☐ Rayos X Producción e Interpretación			
☐ Uso de sala de emergencia (posterior a las 48 horas)			
☐ Hospitalización			
☐ Cirugía electiva			
☐ Sesiones de Terapia Física			
☐ Sesiones psiquiátricas			
☐ Laboratorios			
☐ Casa de convalecencia			
☐ Programa de Salud en el Hogar			
☐ Servicios de enfermería			
☐ Servicio de terapia física en el hogar			
☐ Evaluación psicológica			
☐ Visita psicológica subsiguiente			
☐ Terapia por psicólogo			
☐ Evaluación neuropsicológica			
☐ Evaluación oftalmológica			
☐ Otros: _____			

Nombre del Oficial de Orientación: _____ Firma Oficial de Orientación: _____

Nombre del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____

Nombre del lesionado en letra de molde: _____ Firma del lesionado: _____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Medico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN MANUAL DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS
CIRUGÍA AMBULATORIA

INFORMACIÓN DEL LESIONADO	
Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):
Número de reclamación:	**Fecha de vencimiento** (mes/día/año):
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

Instrucciones al proveedor de servicio:

1. Acompañe certificación con su factura, Hoja de Devolución, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.
2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en esta certificación.
3. Sujeto a auditoría médica.
4. **La firma del lesionado es requerida en este documento.**
5. **El lesionado deberá inicialar por servicios prestados.**

Nombre del proveedor: Teléfono:

Especialidad:

Dirección: Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

Le referimos al lesionado _____ para que le brinde los servicios que a continuación detallamos:

Servicio:	Número de autorización:	Iniciales:
☐ Anestesia	_____	_____
☐ Visita Pre anestésica	_____	_____
☐ EKG Producción	_____	_____
☐ EKG Interpretación	_____	_____
☐ EKG Intraoperatorio	_____	_____
☐ EKG Clearance Cardiac Risk	_____	_____
☐ Uso de sala de operaciones	_____	_____
☐ Laboratorio	_____	_____
☐ Rayos X Clearance pecho - producción	_____	_____
☐ Rayos X Clearance pecho – interpretación	_____	_____
☐ Cirugía ambulatoria	_____	_____
☐ Otros: _____	_____	_____

Nombre del Oficial de Orientación: _____ Firma Oficial de Orientación: _____

Nombre del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____

Nombre del lesionado en letra de molde: _____ Firma del lesionado: _____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Medico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
te protege
Efectivo en la fecha abajo indicada, se deroga este documento.
Director Ejecutivo (a)
Fecha:

Política y Procedimientos	Página: 1 de 8
Departamento: Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores	**Efectividad:** 26 DE AGOSTO DE 2015
Título: Cirugías Electivas y de Emergencia	**Aplica al Departamento:** Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores
Aprobado por	**Número:** 2015-AM-PP-08
Director Médico: Patricia Rivera Santana, MD	
Directora Ejecutiva: Dorelisse Juarbe Jiménez	

I. Política

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), cubre el beneficio de cirugías a las víctimas de accidentes de vehículo de motor, si existe la relación causal de las lesiones con en el accidente de vehículo de motor y existe una necesidad médica. Las cirugías pueden ser clasificadas como electivas o de emergencia. Este documento describe el procedimiento de autorización que se debe seguir para las cirugías cubiertas.

II. Propósito

Definir, establecer y uniformar el procedimiento para la autorización de cirugías a las víctimas de accidentes de vehículo de motor, dispuesto por la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles, Ley Núm. 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada, en adelante "Ley Núm. 138-1968".

III. Base Legal

Esta política se establece a tenor con la Sección 5(5) y la Sección 14, de la Ley Núm. 138-1968 y la Reglas 8 del Reglamento 6911, de la Ley Núm. 138-1968 del 1 de diciembre de 2004, en adelante "Reglamento 6911". Estas son las fuentes legales principales sobre el tema, pero no excluyen otras con efectos regulatorios sobre el asunto.

IV. Definiciones

A. **Auditoría Médica** - Procedimiento de revisión y evaluación de determinados expedientes clínicos por personal cualificado, para evaluar la calidad de los servicios prestados, si hay patrones de fraude y abuso y si dichos servicios son médicamente necesarios.

B. **Cirugía** - Rama de la medicina que se ocupa de curar las enfermedades, malformaciones, y traumatismos, entre otros, mediante operaciones manuales o instrumentales. También referida en esta Política y Procedimiento como procedimiento quirúrgico.

C. **Cirugía Ambulatoria** – Procedimiento de tipo invasivo, planificado, que usualmente es de corta duración, leve complejidad y mínimo de riesgo de complicación, ejecutado por un especialista en cirugía. El mismo conlleva el uso de un agente anestésico y podrá ser realizado en un centro de cirugía ambulatoria o mediante el uso de sala de operaciones de una facilidad hospitalaria.

1. Cirugía Ambulatoria del mismo día (Same Day Surgery) – El paciente es dado de alta el mismo día de la cirugía.

2. Cirugía Ambulatoria de un día (One Day Surgery) – Al paciente se le recomienda médicamente que permanezca bajo observación en la sala de recuperación o en el hospital por espacio de 24 horas una vez realizada la cirugía.

D. **Cirugía Electiva** - Operaciones y procedimientos que se realizan para corregir condiciones, sin riesgo vital, con el consentimiento de la víctima o su representante autorizado, que pueden programarse y planificarse. La mayoría de las cirugías electivas son ambulatorias, es decir, que el ingreso a la operación o procedimiento y el alta del hospital ocurren en el mismo día.

E. **Cirugía de Emergencia** - Es una operación que debe realizarse de inmediato como resultado de una condición médica urgente.

F. **Cirugía Reconstructiva** - Rama de la cirugía plástica practicada con el objeto de restaurar el funcionamiento de un área anatómica afectada.

G. **Condición de Emergencia Médica** - Condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría (1) poner en grave peligro la salud de una persona o, (2) causar un

grave deterioro en las funciones corporales de dicha persona; (3) causar una grave disfunción de cualquier órgano corporal o parte de dicha persona; o (4) desfiguración grave de dicha persona.

H. **Cupón** - Es la evidencia de una autorización emitida por la ACAA que se le otorga a la víctima para que acceda a los servicios de evaluación o tratamiento por un Proveedor que ofrece determinado servicio médico.

I. **Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores** - Unidad de trabajo dentro de la estructura organizacional de la ACAA, a la que están adscritas las Áreas de Autorizaciones de Servicios Médicos, Manejo de Casos, Farmacia y la de Contrataciones y Relaciones con Proveedores. Estas áreas tienen a su cargo funciones administrativas y operacionales relacionadas a la administración del beneficio médico-hospitalario.

J. **Necesidad Médica** - Servicios, tratamientos, equipos y suministros que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento del estado médico del paciente, cumplen con los estándares de la práctica de la medicina y no se proveen por conveniencia del paciente o su proveedor de servicio.

En términos generales, la necesidad médica se fundamenta en la práctica aceptada de la medicina, que garantiza la habilidad de que la víctima del accidente mantenga, conserve u obtenga sus capacidades funcionales. Los servicios medicamente necesarios tienen que cumplir con lo siguiente:

a) Deben ser apropiados y consistentes con el diagnóstico indicando por el (los) médico(s) que atienden su condición.

b) Ser compatibles de acuerdo a los estándares de práctica aceptados en la medicina.

c) Sean provistos en lugares seguros, acreditados por los organismos reguladores, que sean apropiados y costo efectivos de acuerdo al diagnóstico y severidad de los síntomas indicados por el (los) médico(s) que le atiende.

d) No son provistos por conveniencia de la víctima del accidente de vehículo de motor, sus proveedores o su hospital.

e) No son primariamente provistos como servicios de carácter custodial.

f) No debe existir otro tratamiento más conservador y de menor costo y otro lugar más apropiado para el servicio.

K. **Paciente ambulatorio** – Aquel que al momento en que el médico determina realizar la cirugía no se encuentra admitido en una institución hospitalaria.

L. **Procedimiento de Autorización** – Proceso que se lleva a cabo en el Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores de la ACAA, en el cual se analiza y se determina la relación causal entre el accidente y cada una de las lesiones recibidas por la víctima de accidente de vehículo de motor y la necesidad médica de los beneficios solicitados, previo a la aprobación o denegación de los beneficios médico-hospitalarios o del pago de los mismos.

M. **Relación Causal** - Determinación médica que realiza el Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores de la ACAA, fundamentada en la evidencia médica y otros documentos presentados por la víctima en su reclamación en la cual se establece que las lesiones y condiciones que presenta la víctima fueron causadas por el accidente de vehículo de motor.

N. **Servicios de Emergencia** - Servicios médico-hospitalarios cubiertos que son provistos por un Proveedor acreditado y son necesarios para evaluar y estabilizar una Condición de Emergencia Médica.

V. Cubierta

La ACAA cubrirá las *cirugías* que requiera una víctima si existe *relación causal* de las lesiones con en el accidente de vehículo de motor y existe una *necesidad médica* para realizar la *cirugía*.

VI. Procedimiento de autorización

A. Cirugías electivas

1. Toda *cirugía electiva* debe ser debidamente autorizada por el *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores*, de acuerdo al procedimiento establecido en la *Política y Procedimiento de Autorización de Beneficios*. En el proceso de autorización se establece la *relación causal* entre la *cirugía* propuesta y el accidente.

2. Las *cirugías de emergencia* en *pacientes ambulatorios* requieren la autorización del *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores* para establecer la *relación causal* entre la *cirugía* y el accidente de vehículo de motor.

3. La Oficina Regional, consultará al *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores* todo procedimiento quirúrgico a ser realizado, al igual que todos los servicios necesarios para llevar a cabo la *cirugía*, acompañado de la documentación requerida, a saber:
   a. Forma: *Radicación y Certificación de Reclamaciones* (ACAA C-001).
   b. Forma: *Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado y Diagrama del cuerpo humano para identificar las áreas que fueron impactadas en el accidente de automóvil* (ACAA 300-53 A, B y C).
   c. Forma: *Informe de Evaluación y Tratamiento* (ACAA 300-70).
   d. Ordenes de admisión – Las mismas deben estar en letra clara y legible, indicando la fecha de la *cirugía* y el diagnóstico y/o justificación del procedimiento a realizar, firmado por el médico con el número de licencia.

e. Deberá incluir el código del procedimiento, según el Manual del CPT.

f. Órdenes para laboratorios, placas, electrocardiograma y consulta preoperatoria.

g. Reportes de placas y estudios radiográficos, laboratorios y procedimientos quirúrgicos previos.

h. En casos de *cirugías reconstructivas* que puedan ser consideradas como cirugías estéticas, se deberá enviar al *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores*, las fotos del área a ser intervenida, vía correo interno para justificar la necesidad médica del procedimiento.

4. El médico del *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores* que evalúe el caso, revisará todos los servicios solicitados y procederá a autorizar o denegar los mismos.

5. Para iniciar el proceso de pre-admisión y programación para la intervención quirúrgica se deberá tener la autorización del *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores.*

6. En caso de denegación, la Oficina Regional enviará carta a la víctima informándole la decisión y el *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores* enviará carta al médico que recomienda la operación, explicándole la razón de la denegación. Si la *cirugía* es aprobada, la Oficina Regional notificará a la víctima para que acuda a recoger los documentos necesarios para efectuar el procedimiento solicitado.

7. Una *cirugía* es autorizada cuando se emita una aprobación del servicio por parte del *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores.* Esto conlleva a su vez, la emisión de un *cupón* o boleta por parte de la Oficina Regional para el servicio autorizado.

8. De haberse solicitado algún equipo médico con la autorización de la cirugía, la ACAA procederá a efectuar el proceso de adquisición del equipo.

Política y Procedimientos	Página: 7 de 8
Departamento: Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores	**Efectividad:** 26 DE AGOSTO DE 2015
Título: Cirugías Electivas y de Emergencia	**Aplica al Departamento:** Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores
Aprobado por:	**Número:** 2015-AM-PP-08
Director Médico: Patricia Rivera Santana, MD	
Directora Ejecutiva: Dorelisse Juarbe Jiménez	

B. Cirugías de Emergencias

Por su naturaleza, las *cirugías* de emergencia, no requieren ser autorizadas por el *Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores*, excepto aquellas a realizarse en pacientes ambulatorios. Todas las *cirugías* que ocurran durante la hospitalización inicial, posterior al accidente, serán consideradas como *cirugías* de emergencia. La *relación causal* entre el accidente y la *cirugía* será establecida en el proceso de *auditoría* del Programa de Revisión Hospitalaria. A continuación se incluyen ejemplos de las *cirugías* post traumáticas y ortopédicas de emergencias, más comunes:

1. Fracturas craneales, deprimidas o compuestas.
2. Fracturas craneales con cualquier tipo de hematoma.
3. Laceración o lesión con penetración o perforación de órbita.
4. Pecho bamboleante *(Flail chest)*.
5. Neumotórax.
6. Cualquier lesión en pelvis en que la víctima esté en estado de shock.
7. Cualquier lesión en pelvis con daño urológico, ginecológico o vascular.
8. Lesiones músculo-esqueletales con envolvimiento de múltiples sistemas y áreas anatómicas, tales como cabeza, pecho, abdomen.
9. Dislocaciones de coyunturas grandes y medianas, tales como hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y tobillo.
10. Trauma músculo-esqueletal con lesiones vasculares o neurológicas.
11. Fractura de cuello de fémur en niños y adolescentes.
12. Fracturas con heridas abiertas y exposición de hueso o coyuntura.
13. Fracturas del talo del tobillo.
14. Síndrome de compartimiento (hinchazón, edema, pérdida de sensación).
15. Lesión vascular en peligro de la viabilidad o sobrevivencia de la extremidad.
16. Fracturas múltiples de huesos largos de la misma extremidad, tales como tibia-fémur, humero radio-ulna.

17. Laceraciones y lesiones en corazón, hígado, bazo, riñón, vejiga, uretra y otros órganos del cuerpo.

VII. Limitaciones y Exclusiones

Bajo las Reglas 8(B) y 8(U) la ACAA no cubrirá servicios dirigidos a mitigar condiciones residuales o crónicas, ni tratamiento paliativo o de mantenimiento, excepto en aquellos casos de cuadripléjicos, parapléjicos, trauma severo y de fracturas múltiples con complicaciones.

VIII. Vigencia

Este procedimiento tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación. Queda derogada cualquier otra política, procedimiento, o disposición anterior en conflicto con esta normativa.

Documentos - Revisiones

Nombre del Documento	Fecha:	Cambios:
Procedimiento de Cirugía Ambulatoria	14 de febrero de 2008	Derogado
Carta Circular 2010-01 sobre Proceso a seguir en Programación de Cirugías	17 de marzo de 2010	Derogada
Memorando para aclarar Carta Circular 2010-01 sobre Proceso a seguir en Programación de Cirugías	4 de mayo de 2010	Derogado
Memorando sobre Proceso de Consultas para Cirugías	7 de marzo de 2011	Derogado
Memorando sobre Fe de Errata	16 de marzo de 2011	Derogado

Gobierno de Puerto Rico
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
te protege
Efectivo en la fecha abajo indicada, se deroga este documento.
Firma Director(a) Ejecutivo (a)
Fecha:

Directoría de Asuntos Médicos
y Relaciones con Proveedores
Carta Circular 2010-08

22 de noviembre de 2010

ORTOPEDAS PARTICIPANTES

Julio Alicea Vasallo
Director Ejecutivo

María M. Díaz Fernández, MD
Directora Ejecutiva Auxiliar
Directoría de Asuntos Médicos
y Relaciones con Proveedores

CIRUGÍA PARA REMOCIÓN DE METALES DE FIJACIÓN ORTOPÉDICA

Como medida para uniformar los criterios que utiliza la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), para autorizar cirugías ortopédicas, y siguiendo la recomendación de nuestro asesor en el área de ortopedia, creemos necesario establecer criterios que permitan evaluar y adjudicar beneficios de cirugía ortopédica cuando se solicita la remoción de metales previamente implantados.

Estos criterios son:

1. Lesionados con infección en el área del implante.
   - Hasta tres (3) años después de la cirugía.
2. Que el implante esté saliéndose a través de la piel.
   - Hasta un (1) año después de la cirugía.
3. Dolor intractable en el área del implante por la protrusión de éste hacia la articulación.
   - Hasta un (1) año después de la cirugía.
4. Cuando se evidencia falta de unión de la fractura se autoriza hasta dos (2) años después del procedimiento y en caso de rotura del implante hasta un (1) año después de la cirugía.
5. Si el implante es palpable superficialmente.
   - Hasta un (1) año después de la cirugía.

Al establecer estos criterios, solicitamos la cooperación de nuestros proveedores ortopedas para que documenten apropiadamente su solicitud de cirugía para la remoción de piezas ortopédicas. No se autorizarán cirugías que no estén dentro de los criterios y periodo de tiempo establecidos.

Está política médica deja sin efecto cualquier otra política, procedimiento o disposición anterior.

Gobierno de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

ACAA

POLÍTICA MÉDICA - CIRUGÍA PARA REMOCIÓN DE METALES DE FIJACIÓN ORTOPÉDICA	**Número:**
Directoría de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores Fecha de efectividad: Aprobado por: **Julio Alicea Vasallo** Director Ejecutivo	**Nueva creación ( )** **Fecha:** **___de _____ de 2010** **Revisión:** **Fecha:** 18/NOV/10 **Enmienda: ( )** **Fecha:** **Página: de**

I. INTRODUCCIÓN

Como medida para uniformar los criterios que utiliza la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) para autorizar cirugías ortopédicas, y siguiendo la recomendación de nuestro asesor en el área de ortopedia, creemos que es necesario establecer criterios que permitan evaluar y adjudicar beneficios de cirugía ortopédica cuando se solicita la remoción de metales previamente implantados.

II. CRITERIOS PARA AUTORIZAR REABRIR CASO PARA CIRUGÍA:

1. Lesionados con infección en el área del implante.
   - Hasta 3 años después de la cirugía.

2. Que el implante esté saliéndose a través de la piel.
   - Hasta un (1) año después de la cirugía.

3. Dolor intractable en el área del implante por la protrusión de éste hacia la articulación.
   - Hasta (1) un año después de la cirugía

4. Cuando se evidencia falta de unión de la fractura se autoriza hasta dos (2) años después del procedimiento y en caso de rotura del implante hasta (1) un año después de la cirugía.

5. Si el implante es palpable superficialmente.
   - Hasta un año después de la cirugía.

ACAA
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
Le protege
Efectivo en la fecha abajo indicada, se deroga este documento.

Firma Director(a) Ejecutivo (a)

Fecha:

Gobierno de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

ACAA

POLÍTICA MÉDICA - CIRUGÍA PARA REMOCIÓN DE METALES DE FIJACIÓN ORTOPÉDICA	**Número:**
Directoría de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores Fecha de efectividad: Aprobado por: **Julio Alicea Vasallo** Director Ejecutivo	**Nueva creación ( )** **Fecha:** **___ de _____ de 2010** **Revisión:** **Fecha:** 18/NOV/10 **Enmienda: ( )** **Fecha:** **Página: de**

No se autorizarán cirugías para la remoción de piezas ortopédicas que no estén apropiadamente documentadas de acuerdo a los criterios y periodo de tiempo establecidos.

VIGENCIA

Esta política médica tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación. Queda derogado cualquier otro procedimiento o disposición anterior.

Presentado por:

María M. Díaz Fernández, MD
Directora Ejecutiva Auxiliar
Directoría de Asuntos Médicos y
Relaciones con Proveedores

Aprobado por:

Julio Alicea Vasallo
Director Ejecutivo

En San Juan, Puerto Rico a 18 de NOV de 2010.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración de Compensaciones por
Accidentes de Automóviles

POLÍTICA MÉDICA

Esta política está protegida por derechos de autor bajo las leyes federales y/o las leyes de propiedad intelectual y las regulaciones estatales. Ninguna parte de esta política puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación, transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el permiso escrito del Director Ejecutivo de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o la persona por él autorizada.

249 Arterial Hostos Ave. San Juan, PR 00918-1449
P. O. Box 364847, San Juan, PR 00936-4847
Tel. 787 759-8989

ACAA
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
te protege