

Formulario DWC-1

(Informe inicial de lesión o enfermedad por parte del empleador)

El **empleador** tiene la obligación de presentar el **Informe inicial de lesión o enfermedad** [Formulario DWC-1 (Rev. 10/05)] ante la compañía de seguros del empleado lesionado o enfermo, y ante el reclamante lesionado o enfermo o ante su representante, dentro de los ocho (8) días siguientes al primer día de ausencia o a la recepción del aviso de incapacidad laboral.

El **Informe inicial de lesión o enfermedad que presenta el empleador** proporciona la información del reclamante, empleador, compañía de seguros y proveedor de servicios médicos necesaria para iniciar el proceso de la reclamación. También se pide que se incluyan los detalles de la condición laboral del empleado y de las circunstancias en las que ocurrió la lesión o enfermedad.

Envíe las copias que se indican a la **compañía de seguros responsable de las indemnizaciones por accidentes laborales** (beneficios de compensación para trabajadores) y al empleado lesionado o enfermo. ***Empleadores: Favor de no enviar este formulario a la división de indemnizaciones por accidentes laborales del departamento de seguros de Texas (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation), a menos que dicha división solicite específicamente un envío directo.**

[Precepto 120.2 de las indemnizaciones por accidentes laborales]



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME INICIAL DE LESIÓN O ENFERMEDAD POR PARTE DEL EMPLEADOR (FORMULARIO DWC-1)

Escriba o imprima con tinta negra cada casilla de este formulario. Si no se capturan los datos para todas las casillas, se podría retrasar el proceso de la reclamación de la lesión o enfermedad.

El artículo 8308–5.05, de la ley de indemnizaciones por accidentes laborales de Texas (Texas Workers Compensation Act), indica que el Informe inicial de lesión o enfermedad por parte del empleador se presente ante la compañía de seguros de las indemnizaciones por accidentes laborales a más tardar ocho días después de recibir la notificación de incapacidad laboral correspondiente o del primer día de ausencia del trabajador por la lesión enfermedad o fallecimiento. Se deberá enviar copia de dicho informe al empleado o a su representante. Para los fines de esta sección, se considera que un reporte se ha entregado cuando se haya hecho de manera personal o cuando tenga sello de la oficina de correos. Envíe las copias que se indican a la **compañía de seguros responsable de las indemnizaciones por accidentes laborales** (beneficios de compensación para trabajadores) y al empleado lesionado o enfermo. ***Empleadores: Favor de no enviar este formulario a la división de indemnizaciones por accidentes laborales del departamento de seguros de Texas (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation), a menos que dicha división solicite específicamente un envío directo.**

Si la compañía de seguros no ha recibido el informe, el empleador tiene la obligación de demostrar que dicho informe fue enviado dentro del tiempo estipulado. El empleador deberá demostrar que hubo causa de fuerza mayor en caso de que no hubiera entregado el informe a tiempo.

El empleador que no entregue el informe sin causa de fuerza mayor podría recibir una multa administrativa de hasta \$500.00. Un empleador que no entregue el informe sin causa de fuerza mayor renuncia a su derecho al reembolso de las indemnizaciones (beneficios) voluntarias incluso si no se le aplica multa administrativa.

Una vez que el empleador haya capturado la información relacionada con la lesión o enfermedad, deberá guardar copia de este informe como el Registro de lesiones del empleador que indica el artículo 8308–5.04. Envíe las copias que se indican a la **compañía de seguros responsable de las indemnizaciones por accidentes laborales** (beneficios de compensación para trabajadores) y al empleado lesionado o enfermo. ***Empleadores: Favor de no enviar este formulario a la división de indemnizaciones por accidentes laborales del departamento de seguros de Texas (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation), a menos que dicha división solicite específicamente un envío directo.** El área de Salud y Seguridad de la División usará la información de este formulario para el Sistema de Información de Seguridad Laboral establecido en el artículo 8308–7.03 de la ley de indemnizaciones por accidentes laborales de Texas (Texas Workers Compensation Act).

Este informe no será considerado como confesión o evidencia contra el empleador o la compañía de seguros durante cualquier proceso ante la División o ante una corte en el que el empleador o la compañía de seguros contradigan los hechos establecidos en el informe.

“INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA CIERTOS PUNTOS”

- Puntos 2, 7, 8: El artículo 8308–2.13(e), ley de indemnizaciones por accidentes laborales de Texas (Texas Workers Compensation Act), indica que la División debe tener información sobre la raza, etnia y género para todas las lesiones o enfermedades indemnizables. Esta información se almacenará para fines estadísticos y no discriminatorios.
- Punto 4: De no haber teléfono particular, indique un número de teléfono en el que se puede encontrar al empleado.
- Puntos 5, 15, 17, 26, 29, 30: Ingrese los datos con el formato mes, día y año. Ejemplo: 08-13-54.
- Punto 18: Indique la naturaleza del accidente o exposición, por ejemplo: caída de andamio, exposición a radiación, etc. En caso de enfermedad laboral, indíquelo.
- Punto 19: Indique la parte del cuerpo específica, por ejemplo: mentón, pierna derecha, parte superior del brazo izquierdo. Si se vieron afectadas más de una parte del cuerpo, indique cada una.
- Punto 20: Describe a detalle (1) los sucesos que conllevaron a la lesión o enfermedad, (2) la lesión en sí, por ejemplo: cortada en el antebrazo izquierdo, pie derecho roto, etc., y (3) las razones por las que ocurrió el accidente o lesión. Use una hoja de papel adicional si es necesario.
- Punto 22: Indique el área precisa del sitio de trabajo en que ocurrió la lesión, por ejemplo: sitio de construcción, área de oficinas, almacén, etc.
- Punto 24: Indique el objeto, sustancia o exposición que de forma directa causó la lesión o enfermedad, por ejemplo: piso, martillo, químicos, etc.
- Puntos 32, 33: Capture la fecha con el formato mes y año. Ejemplo: 02-56.
- Punto 37: Indique el número de días u horas que integran una semana completa de trabajo de sus empleados.
- Punto 45: Capture el código de 6 dígitos del sistema de clasificación industrial de Norteamérica (North American Industry Classification System o NAICS) del empleador. El código principal es el que aparece en el bloque 5 del formulario C-3, Informe trimestral de los empleadores a la comisión de la fuerza laboral de Texas (Employers Quarterly Report to the Texas Workforce Commission).
- Punto 46: Para las empresas que sólo tienen un código NAICS, el código específico es el mismo que el código principal. Para las empresas con varios códigos NAICS, capture el código que identifique el centro, actividad o área del lugar de trabajo específica en donde laboraba el empleado cuando ocurrió la lesión. Este código puede ser el mismo que el código principal o uno distinto.



Envíe las copias que se indican a la compañía de seguros responsable de las indemnizaciones por accidentes laborales (beneficios de compensación para trabajadores) y al empleado lesionado o enfermo.

*Empleadores: Favor de no enviar este formulario a la división de indemnizaciones por accidentes laborales del departamento de seguros de Texas (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation), a menos que dicha división solicite específicamente un envío directo.

NO. DE RECLAMACIÓN _____

NO. DE RECLAMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

INFORME INICIAL DE LESIÓN O ENFERMEDAD POR PARTE DEL EMPLEADOR

1. Nombre (apellido paterno, nombre, inicial del segundo nombre)		2. Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		15. Fecha de la lesión (m, d, a) - -	16. Hora de la lesión : a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>	17. Fecha de inicio de la incapacidad (m, d, a) - -	
3. Número de seguridad social - -	4. Teléfono particular ()	5. Fecha de nacimiento (m, d, a) - -		18. Naturaleza de la lesión*		19. Parte del cuerpo lesionada o expuesta*	
6. ¿El empleado habla inglés? Si no, indique el idioma Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				20. Cómo y por qué ocurrió la lesión o enfermedad*			
7. Raza Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/>		8. Etnia Hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		21. ¿El empleado realizaba su trabajo regular? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		22. Área del sitio de trabajo en que ocurrió la lesión (escaleras, bahía de carga, etc.)*	
9. Domicilio para correspondencia, calle o apartado postal Ciudad Estado Código postal País				23. Domicilio en el que ocurrió la lesión o exposición, nombre de la empresa si el accidente ocurrió en un centro de la empresa Calle o apartado postal País Ciudad Estado Código postal			
10. Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>		11. Número de hijos dependientes		12. Nombre del cónyuge		24. Causa de la lesión (caída, herramienta, maquinaria, etc.)*	
13. Nombre del médico				25. Enumere a los testigos			
14. Domicilio del médico para correspondencia (calle o apartado postal) Ciudad Estado Código postal				26. Fecha de regreso al trabajo (o fecha esperada) (m, d, a) - -		27. ¿El empleado falleció? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
28. Nombre del supervisor		29. Fecha de entrega del informe (m, d, a) - -					

30. Fecha de contratación (m, d, a) - -		31. ¿El empleado se contrató o reclutó en Texas? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		32. Antigüedad en puesto actual ____ Meses ____ Años		33. Tiempo de dedicarse a su ocupación ____ Meses ____ Años	
34. Código de clasificación en la nómina del empleado			35. Ocupación del trabajador lesionado				
36. Suelo o salario en esta trabajo \$ ____ por hora \$ ____ por semana		37. Una semana completa de trabajo equivale a: ____ Horas ____ Días		38. Su último cheque fue de: \$ ____ por ____ horas o ____ días		39. ¿El empleado es un dueño, socio o directivo corporativo? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

40. Nombre y puesto de la persona que completó el formulario				41. Nombre de la empresa			
42. Domicilio de la empresa para correspondencia y número telefónico Calle o apartado postal Teléfono () Ciudad Estado Código postal				43. Domicilio de la empresa (si es distinto al domicilio para correspondencia) Calle y número Ciudad Estado Código postal			
44. Número de identificación federal de contribuyentes		45. Código del sistema de clasificación industrial de Norteamérica (NAICS): (6 dígitos)		46. Código NAICS específico (6 dígitos)		47. No. de identificación de contribuyente de la contraloría de Texas	
48. Compañía de seguros de las indemnizaciones por accidentes laborales				49. Número de póliza			
50. ¿Ha solicitado servicios para la prevención de accidentes en los últimos 12 meses? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿se los proporcionaron? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
51. Firma y puesto (LEA LAS INSTRUCCIONES EN LA HOJA DE INSTRUCCIONES ANTES DE FIRMAR) X _____ Fecha _____							

