



# Texas Department Of Insurance

## Division of Workers' Compensation

Records Processing  
7551 Metro Center Dr. Ste.100 • MS-94  
Austin, TX 78744-1609  
(800) 252-7031 (512) 804-4378 fax <http://www.tdi.texas.gov>

DWC Claim#

Carrier Claim#

← Envíe el formulario completo a esta dirección.

### Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional (Formulario DWC-041)

El reclamo de compensación para trabajadores debe ser sometido por el empleado lesionado o por la persona actuando en nombre del empleado lesionado **dentro de un año** a partir de la fecha en que sucedió la lesión o dentro de un año a partir de la fecha en que el empleado lesionado supo o debió haber sabido que la enfermedad estaba relacionada con el trabajo.

#### I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO

<b>Nombre</b> (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mes / día / año)
<b>Dirección</b> (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal, condado, país)			
<b>Número de Teléfono</b>	<b>Dirección de Correo Electrónico</b>		<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<b>Raza / Origen Étnico</b> <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico			
<b>¿Habla usted Inglés?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, especifique el idioma			
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)			
<b>¿Cuenta usted con un abogado u otro tipo de representación?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, proporcione el nombre de su representante			
<b>¿Ha regresado usted a trabajar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Si usted ya regresó a trabajar, dé la fecha en que regresó a su trabajo</b> (mes/día/año)		<b>Estado de Trabajo</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado
<b>Su ocupación al momento de la lesión</b>			<b>Fecha en que fue contratado</b> (mes/ día/ año)
<b>¿Fue usted contratado en Texas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Salarios antes de los impuestos</b> \$	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	

#### II. INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN

<b>Estoy reportando una</b> <input type="checkbox"/> <b>lesión</b> o <input type="checkbox"/> <b>una enfermedad ocupacional</b>	<b>Fecha de la lesión</b> (mes/día/año)
<b>Hora en que sucedió la lesión</b>	<b>Primer día que no trabajó por causa de la lesión</b> (mes/día/año)
<b>Fecha en que la lesión fue reportada al empleador</b> (mes/día/año)	
<b>¿Dónde ocurrió la lesión?</b>	<b>Condado</b> <b>Estado</b> <b>País</b>
<b>Si el accidente ocurrió fuera de Texas, ¿en qué fecha salió usted de Texas?</b> (mes/día/año)	
<b>Testigo(s) de la lesión</b> (enliste los nombres)	
<b>Describa la causa de la lesión o enfermedad ocupacional, incluyendo como es que está relacionada con el trabajo.</b>	
<b>Parte(s) del cuerpo afectada(s) por la lesión</b>	
<b>Si la lesión es el resultado de una enfermedad ocupacional:</b>	
1. <b>¿En qué fecha fue la última vez que el empleado estuvo expuesto a la causa de la enfermedad ocupacional?</b> (mes / día / año)	
2. <b>¿Cuándo fue que usted se dio cuenta que la enfermedad ocupacional estaba relacionada con su trabajo?</b> (mes / día / año)	

#### III. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (al momento de la lesión)

<b>Nombre del Empleador</b>	<b>Dirección del Empleador</b> (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal, condado, país)
<b>Número de Teléfono del Empleador</b>	<b>Nombre del Supervisor</b>

#### IV. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO

<b>Nombre del Médico Tratante</b>	<b>Número de Teléfono</b>
<b>Dirección</b> (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal)	
<b>Nombre de la Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores, si es que la hay</b>	

Firma del empleado lesionado o de la persona que está completando este formulario en nombre del empleado lesionado

Fecha

Nombre en letra de molde del empleado lesionado o de la persona que está completando este formulario



## Información sobre el Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional (Formulario DWC-041)

Un reclamo para recibir beneficios de compensación para trabajadores debe ser sometido con la División de Compensación para Trabajadores (División) por el empleado lesionado (usted), o por la persona que está actuando en nombre (suyo) del empleado lesionado dentro de un año a partir de la fecha en que usted supo o debió haber sabido que la lesión o enfermedad podía estar relacionada con el trabajo; AL MENOS que exista una buena causa para no poder someter el reclamo a tiempo, o si el empleador o la compañía de seguros no disputan el reclamo.

Una vez que se haya recibido su formulario DWC041, u otro aviso sobre su lesión, la División creará un reclamo y establecerá un número de reclamo para usted, y la División le enviará a usted por correo información referente a la compensación para trabajadores en Texas. La División también notificará a su empleador, y a su compañía de seguros de compensación para trabajadores.

### INSTRUCCIONES ESPECIALES E INFORMACIÓN PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DWC-041

#### Instrucciones en General

- **Complete todas las casillas en el formulario DWC-041**
- Si usted tiene alguna pregunta sobre como completar este formulario, favor llame a la oficina local de la División al teléfono 1-800-252-7031.

#### Información Sobre el Empleado Lesionado

- Información sobre el Estado de Trabajo
  - Si usted ha regresado a su trabajo regular y está desempeñando los mismos deberes que tenía antes de que sucediera su lesión, marque la casilla que indica "Regular".
  - Si usted ha sido dado de alta por un médico para regresar a trabajar con restricciones, marque la casilla que indica "Limitado".

#### Información Sobre la Lesión

- Una lesión significa un daño a su cuerpo que fue causado por un accidente, o evento.
- Una enfermedad ocupacional significa una enfermedad o lesión relacionada con o causada por el trabajo que usted desempeña, y puede incluir lesiones a su cuerpo que son el resultado de actividades repetitivas que usted desempeña en el trabajo en un periodo de tiempo.

#### Información Sobre el Empleador

Proporcione información sobre su empleador al momento en que usted se lesionó.

#### Información Sobre el Médico

- Si usted ya cuenta con un médico tratante de compensación para trabajadores, proporcione el nombre y dirección del médico.
- Si usted está cubierto bajo una red de servicios médicos de compensación para trabajadores, proporcione el nombre de la red.

#### Como Comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores

Si usted tiene preguntas sobre como llenar este formulario o tiene preguntas sobre la compensación para trabajadores en Texas, por favor llame a la oficina local de la División al teléfono 1-800-252-7031.

NOTA: Con pocas excepciones, usted tiene derecho, cuando lo solicita, de ser informado sobre la información que la División reúne o mantiene sobre usted y sobre su reclamo de compensación para trabajadores. Bajo la Sección §552.021 y 552.023 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho a recibir y revisar esta información. Bajo la Sección §559.004 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho para que la División corrija la información que ha sido creada sobre usted y su reclamo y que está incorrecta. Para mayor información, llame a nuestra Sección de Archivos y Documentos Públicos "Open Records" al teléfono 512-804-4437.