

DWC FORMULARIO-41S
(Notificación del trabajador lesionado o del beneficiario sobre la lesión o enfermedad ocupacional y reclamo de compensación)

Las leyes de Compensación de Texas dicen que usted o una persona actuando en su nombre puede someter un reclamo de su lesión con Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores dentro de un año a partir de la fecha en que ocurrió la lesión. Si su reclamo es por una enfermedad ocupacional, usted debe someter un reclamo dentro de un año a partir de la fecha en que usted supo o ha debido saber que la enfermedad estaba relacionada con su trabajo.

DWC FORM-41 identifica al trabajador lesionado y al empleador y ofrece información básica acerca de la lesión o enfermedad del trabajador.

El reclamo se considera sometido cuando alguien lo lleva personalmente o lo envía por correo a la División. Puede ser enviado a la oficina local que está manejando su reclamo o a Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores, 7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744.

El formulario también está disponible en Inglés/ This Form is also available in English.

[Acta Tejana de Compensación para Trabajadores, Código Laboral de Texas, sección 409.004, incumplimiento de someter el reclamo de compensación; Reglamento 122.2, Reclamo de compensación del trabajador lesionado]



CLAIM #

Sección V. Información del testigo (si aplica)			
30a1. Apellido 1	30a2. Nombre 1	30a3. Segundo Nombre 1	30a4. Nombre Sufijo 1
30b1. Apellido 2	30b2. Nombre 2	30b3. Segundo Nombre 2	30b4. Nombre Sufijo 2
30c1. Apellido 3	30c2. Nombre 3	30c3. Segundo Nombre 3	30c4. Nombre Sufijo 3

Sección VI. Información del empleador que tiene el reclamo						
31. Nombre de la compañía del empleador						
32a. Dirección línea 1			32b. Dirección línea 2			
32c. Ciudad/Pueblo		32d. Estado	32e. Código Postal		32f. Condado	
32g. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)			32h. País		33a. De donde es el teléfono <input type="radio"/> La residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular	
33b. Código telefónico del País (no en USA)	33c. Código de área (USA)	33d. Número de teléfono	33e. Extensión de teléfono	34a. Código telefónico del País (no en USA)	34b. Código de área del fax (USA)	34c. Número de fax
35a. Apellido del supervisor			35b. Nombre del supervisor			

Sección VII. Lugar donde ocurrió el accidente de la lesión			
36. Nombre del negocio		37a. Dirección Línea 1	
37b. Dirección Línea 2		37c. Ciudad	37d. Estado
37e. Código postal	37f. Condado	37g. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)	
37h. País	37i. Condado, si el accidente sucedio fuera de Texas	38. Fecha en que salio de Tejas (mes/día/año) Si el accidente Sucedió fuera de Texas	

Sección VIII. Información del empleador que no tiene el reclamo			
39. Ocupacion en el momento de la Lesión		40. Fecha en que comenzo a trabajar (mes/día/año)	41. Fue contratado en Texas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
42. Fecha en que comenzo a trabajar en esta posicion (mes/día/año)	43. Periodo de pago <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Bi-mensual <input type="radio"/> Mensual	44. Salario bruto (incluya icdcentavos)	45. Salario por hora
46. Horas semanales rabajadas	47. Dias trabajados por semana	48. Trabajo frecuentemente horas extras? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	49. El trabajador lesionado recibia seguro de salud, comida, vivienda, lavanderia, gasolina o cualquier otra cosa que pueda estimarse en dinero? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
49b. Que tan seguido fueron los beneficios proveidos? <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Bi-mensual <input type="radio"/> Mensual	50. Tenia el trabajador lesionado un Segundo trabajo cuando se lesiono? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Si respuesta a la pregunta 50 es si, usted debe completar la siguiente seccion.	

Sección IX. Información sobre el empleador que no tiene reclamo						
51. Nombre de la compañía del empleador						
52a. Dirección Línea 1			52b. Dirección Línea 2			
52c. Ciudad/Pueblo		52d. Estado	52e. Código Postal		52f. Condado	
52g. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)			52h. País			
53a. Apellido de la persona del empleador encargada de coordinar el reclamo			53b. Nombre de la persona del empleador encargada de coordinar el reclamo		54a. De donde es el teléfono <input type="radio"/> La residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular	
54b. Cócigo telefónico del País (no en USA)	54c. Código de área (USA)	54d. Número de teléfono	54e. Extensión de teléfono	55. Esta usted experimentando perdida de salario de su segundo trabajo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	56. Si la respuesta a la pregunta anterior es si, cual es la cantidad seminal perdida?	



CLAIM #

Sección X. Información sobre el medico tratante

57a. Apellido		57b. Nombre		57c. Nombre Sufijo
58. Nombre del negocio		59a. Dirección Línea 1		
59b. Dirección Línea 2		59c. Ciudad/Pueblo		59d. Estado
59e. Código Postal	59f. Condado		59g. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)	
59h. País		60a. De donde es el teléfono <input type="radio"/> La residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular		60b. Código telefonico del País(no en USA)
60c. Código de area (USA)	60d. Número de teléfono	60e. Extensión de teléfono		

Sección XI. Información del representante

61. Usted tiene un abogado o otro representante? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		62a. Apellido de represante		62b. Nombre del primer representante		62c. Nombre Sufijo
63. Relacion con el trabajador lesionado <input type="radio"/> Abogado <input type="radio"/> Representante del sindicato <input type="radio"/> Miembro de la familia <input type="radio"/> Amigo <input type="radio"/> Otro			Si otro, explique			
64. Nombre del negocio		65a. Dirección Línea 1				
65b. Dirección Línea 2		65c. Ciudad/Pueblo		65d. Estado		
65e. Código Postal	65f. Condado		65g. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)			
65h. País		66a. De donde es el teléfono <input type="radio"/> La residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular		66b. Código telefonico del País (no en USA)		
66c. Código de area (USA)	66d. Número de teléfono	66e. Extensión de teléfono	67. Fecha en que comenzo la representación (mes/día/año)			

Firma del trabajador lesionado o de la persona que esta actuando en nombre del trabajador lesionado

Firma _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____
(Únicamente cuando se firma con una X)

Si usted esta actuando en nombre de un trabajador lesionado, complete la siguiente sección.

Sección XII. Persona que esta actuando en nombre del trabajador lesionado

68. Nombre de la persona que esta completando el formulario



Instrucciones para someter la notificación del trabajador o del beneficiario sobre una lesión o enfermedad ocupacional y reclamo de compensación (DWC FORM-41S)

Las leyes de Compensación de Texas dicen que usted o una persona actuando en su nombre pueden someter un reclamo de su lesión con Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores dentro de un año a partir de la fecha en que sucedió la lesión. Si su reclamo es por una enfermedad ocupacional, usted debe someter un reclamo dentro de un año a partir de la fecha en que usted supo o ha debido saber que la enfermedad estaba relacionada con el trabajo. Envíe este formulario a la oficina local de la División que esta manejando su reclamo o a Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, 7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744.

Si el reclamo no ha sido sometido a tiempo usted puede perder sus derechos a recibir beneficios. Llame a la oficina local que esta manejando su reclamo o al 1-800-252-7031 si usted tiene alguna pregunta acerca de su reclamo.

Instrucciones especiales para completar algunas casillas

Aviso sobre la dirección y el teléfono internacional: DWC FORM-41 ahora contiene casillas que permiten al trabajador lesionado o al beneficiario proveer información sobre dirección y teléfono de los contactos en otros países que no sean USA.

Sección I.

Casilla 2a - 2d2 Suministre el número del seguro social del trabajador lesionado o fallecido. Si no tiene un número de seguro social, suministre el número de la licencia de conducir, el número de la tarjeta verde o el número de identificación de extranjería. Si el número de la licencia de conducir es suministrado, la jurisdicción o el estado que la emitió debe ser también suministrado. Si el número de identificación de extranjería es suministrado, el país que la emitió debe ser también suministrado. Sólo un número de identificación se requiere..

Casilla 5 Estado Civil:
D - Divorciado M - Casado S - Separado L - Soltero W - Viudo

Casilla 6 La División por ley tiene que reunir esta información con propósito estadístico únicamente. No sera utilizado de ninguna otra manera. Raza:
WH - Blanco -no de origen hispano BH - Negro-no de origen hispano H - Hispano
A - Asiatico AI - Indio Americano/Nativo de Alaska O - Otro
NH -Nativo del Hawaii/Islands Pacificas

Casilla 7 Si usted es el trabajador lesionado y su idioma materno no es Inglés, provea su idioma materno:
AM - Amharic AR - Arabe BN - Bengalí CN - Chino Cantonés CS - Checo
ES - Español FA - Iranio HI - Hindu HK - Chino JA - Japonese
KO - Koreano KU - Curdo LO - Lao MA - Chino Mandarin MS - Malayo/ya
RU - Ruso SW - Sulu TH - Tailandes TL - Tagalo VI - Vietnamese

Casilla 8g & 8h Si la dirección del trabajador lesionado es de otro país que no es (USA), el estado/provincia/región (si aplica) y el país son usados para acomodar los requisitos de direcciones internacionales.

Casilla 9a - 9e Si usted es un trabajador lesionado y no tiene teléfono en su casa, por favor provea un número donde podamos localizarlo. Si usted vive en otro país que no es (USA) también provea el código de área del país para acomodar los requisitos de teléfono internacionales.

Sección II.

Casilla 15 Indique la fecha del primer día en que usted no pudo trabajar por su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Casilla 16 Entre la categoría de la causa de la lesión de la lista que aparece abajo:
AAA - Quemar, o escaldar exponerse al frio BBB - Atrapado entre CCC - Lesión por Cortar, perforar, raspar
DDD - Lesión por caerse o resbalarse EEE- Vehículo de motor FFF - Lesión por estiramiento
GGG - Pegarse contra o pararse encima de HHH - Lesión por golpe
III - Frotar JJJ - Causas miscelaneas

Casilla 17 Indique la causa de la lesión de la lista que aparece abajo (lista continúa en la siguiente página)

- | | |
|--|--|
| 01 - Químicos | 02 - Objetos o sustancias calientes |
| 03 - Temperaturas extremas | 04 - Fuego o humo |
| 05 - Vapor o líquidos calientes | 06 - Polvo, gas o vapores |
| 07 - Soldadura | 08 - Radiación |
| 09 - Contacto con material que no ha sido clasificado | 10 - Máquina o máquinas |
| 11 - Objetos o sustancias frías | 12 - Objeto manejable/tratado |
| 13 - Atrapado entre; o debajo de, sin ser clasificado | 14 - Presión de aire abnormal |
| 15 - Vidrio partido | 16 - Herramientas de mano, no electricas |
| 17 - Objeto que ha sido manejado o tratado | 18 - Cortar, perforar, raspar; que no ha sido clasificado de otra manera |
| 19 - Desde una escalera que no ha sido clasificado | |
| 20 - Materiales naturales que se derrumban como tierra o materiales hechos por el hombre | |
| 25 - Diferentes niveles, elevación, puentes, etc | 26 - Desde una escalera |
| 27 - De líquido o grasa derramada | 28 - Aberturas en el piso, huecos |
| 29 - En el mismo nivel | 30 - Resbalar sin caerse |
| 31 - Caer, resbalar, tropezar que no ha sido clasificado de ninguna otra manera | |
| 32 - En el hielo o nieve | 33 - Las escaleras |



Instrucciones para someter la notificación del trabajador o del beneficiario sobre una lesión o enfermedad ocupacional y reclamo de compensación (DWC FORM-41S)

Instrucciones especiales para completar algunas casillas – continuación

- | | |
|---|---|
| 40 - Choque/accidente de vehículos de agua | 41 - Accidente/accidente de vehículos de riel |
| 45 - Choque con otro vehículo, los dos vehículos en movimiento | 46 - Choque con un objeto fijo o un vehículo estacionado |
| 47 - Accidente de aviación | 48 - Vehículo que ha sido derribado o que ha sido doblado en dos |
| 50 - Vehículo motorizado que no ha sido clasificado | 52 - Ruido continuo |
| 53 - Torcer | 54 - Saltar |
| 55 - Sujetar, sostener, llevar | 56 - Levantar |
| 57 - Empujar | 58 - Alcanzar/extender |
| 59 - Utilizar maquinaria o herramienta | 60 - Lesión la cual no ha sido clasificada |
| 61 - Blandir | 65 - Partes móviles de una máquina |
| 66 - Objeto que esta siendo manejado o levantado | 67 - Lijar, limpiar |
| 68 - Objeto estacionario | 69 - Pisar un objeto punzante |
| 70 - Pegarle a algo o pararse encima de; que no ha sido clasificado de ninguna otra forma | 75 - Objetos voladores que caen o vuelan |
| 74 - Compañero de trabajo; paciente | 77 - Vehículo Motorizado |
| 76 - Herramienta o máquina de mano en uso | 79 - Objetos que se pueden levantar o manejar |
| 78 - Partes móviles de una máquina | |
| 80 - Objetos que son manejados por otros | |
| 81 - Golpe o lesión que no ha sido clasificado incluye patadas, apuñalar, morder, etc. | |
| 82 - Absorción, ingestión, inhalación; lo cual no ha sido clasificado | 4 - Corriente eléctrica |
| 85 - Animal o insecto | 86 - Explosión o llamarada |
| 87 - Cuerpo extraño en el ojo | 88 - Desastres naturales (terremotos huracanes, tornados, etc...) |
| 89 - Una persona en el acto del crimen/robo, asalto criminal | 90 - Otra causa de la lesión que no sea física |
| 91 - Moho | 94 - Movimiento repetitivo-callos, ampollas, etc. |
| 95 - Rasapar, sobar que no ha sido clasificado de otra manera | 6 - Terrorismo |
| 97 - Movimiento repetitivo-síndrome del tunel carpiano | 98 - Acumulativo, que no ha sido clasificado |
| 99 - Otros-micelaneas, no ha sido clasificado | |

Sección II.A.

Casilla 19a1

Entre la parte lesionada del cuerpo de la lista que aparece abajo:

- | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 01 - Cabeza | 02 - Cuello | 03 - Extremidades Superiores |
| 04 - Tronco | 05 - Extremidades Inferiores | 06 - Diferentes Partes del Cuerpo |

Casilla 19a2

Indique la parte del cuerpo de la lista que aparece abajo:

- | | |
|--|--|
| 10 - Lesiones múltiples en la cabeza | 11 - Cráneo |
| 12 - Cerebro | 13 - Oídos-incluye: escuchar, dentro del tímpano |
| 14 - Ojos-incluye: nervio óptico, visión, parpados | 15 - Nariz-incluye: pasaje nasal, sinus, olfato |
| 16 - Dientes | 17 - Boca-incluye: labios, lengua, garganta, sabor |
| 18 - Tejido muscular | 19 - Huesos de cara- incluye la quijada |
| 20 - Lesiones múltiples en la nuca | 21 - Vertebrae-incluye la columna vertebral |
| 22 - Disco-incluye cartílago de la columna vertebral | 23 - Columna vertebral - incluye nervios, tejidos |
| 24 - Laringe-incluye cartílagos y cuerdas bucales | 25 - Tejidos-otro que no sea la laringe o la traquea |
| 26 - Traquea | 30 - Extremidades superiores múltiples |
| 31 - Húmero-parte superior del brazo y músculos | 32 - Cabeza radial del codo |
| 33 - Antebrazo, radio, cúbito | 34 - Muñeca- carpal y músculos correspondientes |
| 35 - Mano-metacarpio y los músculos correspondientes | 36 - Dedos-otros fuera del dedo pulgar |
| 37 - Dedo pulgar | 38 - Hombros, axilas, trapecio, clavícula, escápula, |
| 39 - Muñeca y mano | 40 - Tronco múltiple |
| 41 - Parte de arriba de la espalda | 42 - Parte baja de la espalda área lumbar y sacrolumbar |
| 43 - Disco- cartílago de la columna vertebral | 44 - Torax-incluyendo costilla, esternón y tejidos |
| 45 - Sacro-coccix novena vertebra fundida | 46 - Pelvis |
| 47 - Columna vertebral - nervios, tejidos | 48 - Organos internos- otros menos el corazón y los pulmones |
| 49 - Corazón | 50 - Extremidades inferiores múltiples |
| 51 - Cadera | 52 - Piernas, fémur y músculos correspondientes |
| 53 - Rodilla-patela | 54 - Pierna-tibia, fibula y músculos correspondientes |
| 55 - Tobillo | 56 - Pies-metatarso, talón |
| 57 - Dedos de los pies | 58 - Dedo grande del pie |
| 60 - Pulmones | 61 - Abdomen incluyendo la ingle |
| 62 - Asentaderas, tejido | 63 - Vertebra lumbosacral (vertebra que no ha sido clasificada en el tronco) |
| 64 - Productos artificiales como vendaje ganchos de ortodoncia | |
| 65 - Información insuficiente para clasificarla propiamente | |
| 66 -No lesión física- Lesión mental | 90 - Múltiples partes del cuerpo |
| 91 - Sistema del cuerpo y sistemas múltiples del cuerpo | 99 - Todas las partes del cuerpo |



Instrucciones para someter la notificación del trabajador o del beneficiario sobre una lesión o enfermedad ocupacional y reclamo de compensación (DWC FORM-41S)

Instrucciones especiales para completar algunas casillas – continuación

- Casilla 19a3 Indique en cuál parte del cuerpo está la parte lesionada.
- Casilla 19a4 Indique cuál dedo de la mano o del pie se lesionó de la lista que aparece abajo.
- | | | | |
|-------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 01 - No aplica | 02 - Dedo índice | 03 - Dedo de la mitad | 04 - Dedo del anillo |
| 05 - Meñique | 06 - Pulgar | 07 - El dedo grande del pie | 08 - El dedo índice del pie |
| 09 - Dedo de la mitad del pie | 10 - Dedo anular | 11 - Dedo pequeño | |
- Casilla 19a5 Indique la razón de la lesión de la lista que aparece abajo
- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| 01- Ninguna lesión física | 02 - Amputar | 03 - Angina de pecho, dolor en el |
| 04 - Quemar | 07 - Contusión, trauma al cerebro | 10 - Contusión, hematoma |
| 13 - Apretar, estrujar | 16 - Deslocar | 19 - Choques eléctricos/electrocutar |
| 22 - Extirpación de un tumor u órgano | 25 - Cuerpo extraño | 28 - Fractura - Hueso partido o |
| 30 - Congelar | 31 - Pérdida del oído o impedimento | 32 - Debilitación por calor |
| 34 - Hernia | 36 - Infección | 37 - Inflamación |
| 40 - Laceración | 41 - Infarto del miocardio | 42 - Envenenar |
| 43 - Perforar | 46 - Romper reventar | 47 - Ruptura |
| 49 - Torcedura | 52 - Torcedura | 53 - Síncopa, desmayarse, caerse |
| 54 - Asfixia- Estrangulación, ahogarse | 55 - Vascular | 58 - Pérdida de la visión |
| 59 - Otra clase de lesiones que no han sido clasificadas | | |
| 60 - Enfermedad de partículas en el ambiente que no han sido clasificadas (otra clase de neumococo) | | |
| 61 - Asbestosis | 62 - Pulmones negros | 63 - Byssinosis |
| 64 - Silicosis | 65 - Enfermedad respiratoria (gases, vapores, químicos) | |
| 66 - Veneno- químico - no metal | 67 - Envenenar- metal- hecho a mano | 68 - Dermatitis |
| 69 - Trastornos mentales | 70 - Radiación | |
| 71 - Cualquier otra clase de enfermedad ocupacional que no ha sido clasificada | | 72 - Pérdida del oído |
| 73 - Enfermedades contagiosas | 74 - Cancer | 75 - SIDA |
| 76 - Enfermedades venereas que se transmiten | 77 - estrés mental | |
| 78 - Síndrome del tunel carpiano | | 79 - Hepatitis C |
| 80 - Todas las demás lesiones que no han sido clasificadas | | 90 - Lesiones múltiples físicas |
- únicamente 91 -Lesiones multiples psicológicas y fisiológicas

Aviso: Si existe mas de una parte del cuerpo lesionada, use la casillas 19b5 y 19c1 hasta 19c5.

Sección IIB

Casilla 20 Una enfermedad ocupacional, es una enfermedad relacionada con su trabajo que le causó daño a su cuerpo. Esto incluye lesiones que resultaron de una actividad repetitiva o físicamente traumática que ocurrió con el tiempo y esta relacionada con su trabajo. Ejemplos de la enfermedad o lesión repetitiva estaba relacionada con su trabajo.

Casilla 21 Indique la fecha en que usted trabajo por última vez en las condiciones que causaron su enfermedad o la lesión repetitiva.

Sección VI

Casilla 31 - 34b Provea información sobre el reclamo del empleador. El empleador es el empleador del trabajador para el que estaba trabajando en el momento de la lesión en el trabajo.

Sección VII

Casilla 36 - 38 Provea información sobre el sitio de trabajo donde ocurrió la lesión, si es diferente al sitio del reclamo del empleador.

Sección IX

Casilla 51 - 56 Provea información acerca de un Empleador que no tiene reclamo. Un empleador que no tiene reclamo es el empleador del segundo trabajo (Si aplica) que tenía el trabajador lesionado en el momento en que se lesionó.

Sección X.

Casilla 57a - 60c Provea información acerca del doctor que esta tratando su lesión en el trabajo.

Sección XI

Casilla 61 - 66e Si la respuesta a la pregunta 61 es Sí, entonces debe completar esta sección, dando información sobre la persona que está actuando en nombre del trabajador lesionado, por ejemplo un abogado, representante del sindicato, o un miembro de la familia. Esta sección no aplica a un reclamo por parte del beneficiario para compensación. Un beneficiario debe completar el formulario DWC FORM-41, suplemento A, además de este formulario.

Sección XII

Casilla 68 Esta sección debe completarse si no es el trabajador lesionado el que está llenando este formulario

