



Reporte del empleador para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo de los empleados sin cobertura

Elija una de las siguientes:

Empleador no suscriptor (un empleado que no proporciona cobertura de compensación para trabajadores)

Empleador suscriptor (el empleado rechazó la cobertura de seguro de compensación para trabajadores)

Parte 1. Información del empleador

1. Nombre del negocio		2. Período del reporte (mes y año)			
3. Nombre de los empleados lesionados que están incluidos en este reporte		4. Dirección postal del negocio (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			
5. Códigos del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (Employer North American Industry Classification System -NAICS, por su nombre y siglas en inglés)					
	Código 1	Código 2	Código 3	Código 4	Código 5
Seis dígitos del código NAICS					
Número más alto de empleados en el mes del reporte*					
*Incluya a los empleados de tiempo completo, medio tiempo, temporales y permanentes.					
6. Dirección física del negocio (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			7. Número de teléfono del negocio del empleador		
8. Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (Federal Employer Identification Number -FEIN, por su nombre y siglas en inglés)			9. Nombre de la persona que completa el formulario		
10. Número de teléfono de la persona que completa el formulario			11. Título de la persona que completa el formulario		
12. Firma de la persona que completa el formulario			13. Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)		



Parte 2. Información del empleado lesionado

14. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)		15. Número de Seguro Social	16. Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)
17. Fecha de contratación (mm-dd-aaaa)		18. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	19. Ocupación
20. Salario por hora	21. Código NAICS de seis dígitos del trabajo del empleado al momento de la lesión o enfermedad, tal como se indica en la Casilla 5.		
22. Raza e identificación étnica <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			
23. Dirección donde ocurrió la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			
24. Lugar donde ocurrió la lesión o enfermedad <input type="checkbox"/> Locación principal del negocio <input type="checkbox"/> Locación del sitio de trabajo <input type="checkbox"/> Mientras viajaba entre locaciones de trabajo			
25. Fecha de la lesión o enfermedad (mm-dd-aaaa)		26. Fecha en que fue reportada por el empleado (mm-dd-aaaa)	
27. Fecha de regreso al trabajo (mm-dd-aaaa)		<input type="checkbox"/> Fecha real o <input type="checkbox"/> Fecha prevista	
28. Causa de la lesión que fue reportada (Ejemplos: esfuerzo excesivo causado por levantar o empujar objetos, quedar atrapado, resbalarse, tropezarse, caerse.)			
29. Naturaleza de la lesión o enfermedad (Ejemplos: cortadura, quemadura, moretón, fractura, distensión, torcedura, quemadura química, dermatitis, asbestosis o silicosis. Para lesiones múltiples, enumere la lesión más grave).			
30. Equipo involucrado en la lesión, si es que lo hay.			
31. Partes del cuerpo afectadas			
32. Número de días de ausencia del trabajo, sin incluir el día de la lesión o el día de regreso al trabajo <input type="checkbox"/> 1 día o menos (lesión relacionada con el trabajo solamente) <input type="checkbox"/> 2-7 días <input type="checkbox"/> 8 días o más			
33. Fecha del primer día que estuvo ausente del trabajo	34. ¿Es una enfermedad relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	35. ¿Fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione la fecha de fallecimiento.	
36. Describa lo que sucedió (Ejemplo: "Me caí de una escalera y me quebré el brazo mientras pintaba una casa.")			



Información para otros empleados lesionados

(Use páginas adicionales en caso de ser necesario)

Nombre del negocio	Período del reporte (mes y año)	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
---------------------------	--	--

14. Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	15. Número de Seguro Social	16. Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)
17. Fecha de contratación (mm-dd-aaaa)	18. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	19. Ocupación
20. Salario por hora	21. Código NAICS de seis dígitos del trabajo del empleado al momento de la lesión o enfermedad, tal como se indica en la Casilla 5.	
22. Raza e identificación étnica <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		
23. Dirección donde ocurrió la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
24. Lugar donde ocurrió la lesión o enfermedad <input type="checkbox"/> Locación principal del negocio <input type="checkbox"/> Locación del sitio de trabajo <input type="checkbox"/> Mientras viajaba entre locaciones de trabajo		
25. Fecha de la lesión o enfermedad (mm-dd-aaaa)	26. Fecha en que fue reportada por el empleado (mm-dd-aaaa)	
27. Fecha de regreso al trabajo (mm-dd-aaaa)	<input type="checkbox"/> Fecha real o <input type="checkbox"/> Fecha prevista	
28. Causa de la lesión que fue reportada (Ejemplos: esfuerzo excesivo causado por levantar o empujar objetos, quedar atrapado, resbalarse, tropezarse, caerse.)		
29. Naturaleza de la lesión o enfermedad (Ejemplos: cortadura, quemadura, moretón, fractura, distensión, torcedura, quemadura química, dermatitis, asbestosis o silicosis. Para lesiones múltiples, enumere la lesión más grave).		
30. Equipo involucrado en la lesión, si es que lo hay		
31. Partes del cuerpo afectadas		
32. Número de días de ausencia del trabajo, sin incluir el día de la lesión o el día de regreso al trabajo <input type="checkbox"/> 1 día o menos (lesión relacionada con el trabajo solamente) <input type="checkbox"/> 2-7 días <input type="checkbox"/> 8 días o más		
33. Fecha del primer día que estuvo ausente del trabajo	34. ¿Es una enfermedad relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	35. ¿Fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione la fecha de fallecimiento.
36. Describa lo que sucedió (Ejemplo: "Me caí de una escalera y me quebré el brazo mientras pintaba una casa.")		



Preguntas Frecuentes

Reporte del empleador para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo de los empleados sin cobertura

¿Quién debe usar este formulario?

Los empleadores que **no tienen** una cobertura de seguro de compensación para trabajadores (no suscriptores [nonsubscribers, por su nombre en inglés]) y **emplean a cinco o más empleados que no están exentos** de la cobertura de seguro de compensación para trabajadores deben de presentar el formulario DWC-007S. Ejemplos de empleados exentos incluyen a ciertos trabajadores domésticos y ciertos trabajadores de granjas y ranchos.

Los empleadores que **tienen** cobertura de seguro de compensación para trabajadores deben de presentar el formulario DWC-007S para reportar la lesión o enfermedad en el trabajo de un **empleado que ha rechazado** la cobertura de seguro de compensación para trabajadores. Consulte la Sección 406.034 del Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) para obtener más información.

¿Qué debo hacer si necesito reportar a más de dos empleados lesionados?

Haga copias de la página tres del formulario tantas veces como lo necesite para reportar más empleados lesionados.

¿Cuándo debo presentar el Formulario DWC-007S?

Usted debe de presentar el formulario a no más tardar del día 7 del mes después del mes en que:

- ocurrió una muerte relacionada con el trabajo;
- un empleado estuvo ausente del trabajo por más de un día debido a una lesión en el trabajo; o
- el empleador se dio cuenta de la enfermedad relacionada con el trabajo.

Usted no tiene que reportar los meses en los que no ocurrieron muertes, lesiones o enfermedades.

¿Son opcionales algunos de los campos en el Formulario DWC-007S?

No, usted debe de responder todos los campos marcando la casilla o completando el espacio que está en blanco.

¿Dónde puedo encontrar más información sobre los códigos NAICS?

Usted puede encontrar más información en la Oficina del Censo de los Estados Unidos (United States Census Bureau, por su nombre en inglés) en www.census.gov/naics o en el Servicio Nacional de Información Técnica (National Technical Information Service, por su nombre en inglés) en www.nist.gov.

¿A dónde envió este formulario?

- **Fax:** 512-804-4146
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation Business
Process Operations, MC BP-OPS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro. Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.