



SOLICITUD PARA OBTENER VERIFICACIÓN DE EXPEDIENTES O COPIAS DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA RECLAMACIÓN

Este formulario debe ser firmado por el participante que es elegible para recibir la información que ha sido solicitada.

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO

1. Número de Reclamación de DWC (Requerido si la casilla 15 no está marcada.)	2. Número de Seguro Social del Empleado
3. Nombre del Empleado (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	
4. Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)	5. Fecha de la Lesión (mm-dd-aaaa) (Requerido si la casilla 15 no está marcada.)
6. Dirección del Empleado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

7. Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	8. No. de Buzón del Representante de DWC (si es que aplica)
9. Posición o Título (si es que aplica)	10. Nombre de la Firma (si es que aplica)
11. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	12. Dirección de Correo Electrónico
13. Número de Teléfono	14. Número de Fax

III. INFORMACIÓN SOLICITADA Por favor marque una casilla para indicar la información que está solicitando.

VERIFICACIÓN DE EXPEDIENTE	
<input type="checkbox"/> 15. Verificación de Expedientes: Se les proporcionará a los solicitantes el número de reclamación de DWC, la fecha y la naturaleza de la lesión, el empleador al momento de la lesión, si el empleado lesionado ha recibido beneficios de ingresos y la disposición de la reclamación para las fechas de la lesión antes del 1º de enero de 1991.	
O	
COPIAS DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA RECLAMACIÓN	
<input type="checkbox"/> 16. Expediente de la Reclamación <input type="checkbox"/> Solamente Notas de DRIS	<input type="checkbox"/> 17. Expediente de la Resolución de Disputas por Honorarios Médicos (fecha de la lesión después del 1º de enero de 1991) Número de Referencia (tracking number, por su nombre en inglés)*: <input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Documento Específico:
<input type="checkbox"/> 18. Expediente de Resolución de Disputas por Indemnización (fecha de la lesión después del 1º de enero de 1991) No. de Secuencia de la Disputa: <input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Documento Específico: <input type="checkbox"/> Grabación de Audio de la Audiencia <input type="checkbox"/> Evidencia de Video o Audio (si es que la hay)	
19. ¿Copia Certificada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	20. Formato para recibir los documentos: <input type="checkbox"/> Electrónico o <input type="checkbox"/> Papel

*Requerido para obtener una copia del expediente de la resolución de disputas por honorarios médicos.



IV. ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE**21. Categorías de Solicitantes**

El Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) limita la información confidencial sobre la reclamación que se hace pública a los solicitantes que se muestran en la parte de abajo. **El solicitante declara que tiene derecho a la información solicitada y que tiene autoridad para solicitar la información.**

Marque solamente una casilla:

- El empleado.
- El beneficiario legal del empleado. (*Adjunte documentación*)
- El representante del empleado o del beneficiario legal. (*Adjunte documentación*)
- El empleador al momento de la lesión. El solicitante debe proporcionar el periodo de empleo del empleado lesionado. (*Adjunte documentación*)
- La aseguradora de compensación para trabajadores.
- El asesor o representante legal de la aseguradora. (*Adjunte documentación*)
- La Asociación de Garantía de Auto-Asegurados de Texas (Texas Certified Self-Insurer Guaranty Association, por su nombre en inglés) establecida bajo el Código Laboral de Texas, Capítulo 407, Subcapítulo G, si esta asociación ha asumido las obligaciones de un empleador con impedimentos.
- La Asociación Afianzadora de Seguros de Propiedad y Percances de Texas (Texas Property and Casualty Insurance Guaranty Association, por su nombre en inglés) si esta asociación ha asumido las obligaciones de una aseguradora con impedimentos.
- Un litigante de terceros en una demanda, en la cual la causa de la acción surge del incidente que dio lugar a la lesión. El solicitante debe proporcionar la fecha de la lesión del empleado lesionado (*Adjunte una copia de la Petición y Respuesta*).
- El proveedor de servicios médicos que es participante en una disputa médica bajo la Sección 413.031(c) del Código Laboral de Texas.

Yo certifico que tengo derecho a recibir la información confidencial que se ha solicitado sobre la reclamación. **Yo entiendo** que es un delito menor de Clase A recibir, publicar, divulgar o distribuir ilegalmente información confidencial en o derivada de la reclamación de un empleado. Código Laboral de Texas, Secciones 402.064, 402.081, 402.083, 402.084, 402.086 y 402.091.

22. Firma del Solicitante**23. Nombre del Solicitante en Letra de Molde****24. Fecha de la Firma (mm-dd-aaaa)****Preguntas Frecuentes****Solicitud para Obtener Verificación de Expedientes o Copias de Información Confidencial de la Reclamación (Formulario DWC-153S)****¿Quién puede solicitar información confidencial del expediente de una reclamación?**

Solamente las categorías de solicitantes que se muestran en la Sección IV tienen derecho a recibir información confidencial de una reclamación. Consulte la Sección 402.084 del Código Laboral de Texas. Las agencias gubernamentales o subdivisiones políticas que solicitan copias de información confidencial de una reclamación en una capacidad que no sea como empleador, no deben completar este formulario. Por favor comuníquese con la Sección de Servicios Legales de DWC al (512) 804-4275 para obtener más información sobre la elegibilidad para recibir información confidencial.



- Una aseguradora elegible debe haber manejado la reclamación de compensación para trabajadores del empleado lesionado. Debe proporcionarse documentación de la reclamación de compensación para trabajadores para determinar la elegibilidad.
- Una persona lega, el representante legal u otro participante pueden ser elegibles para recibir la información confidencial del expediente de reclamación si el empleado lesionado les autoriza solicitar y recibir la información en su nombre. Para establecer la elegibilidad, el participante debe proporcionar documentación de representación (por ejemplo, una carta de representación del cliente, copia del contrato entre el cliente y el representante, o la respuesta original del demandado).

¿Cuáles son mis opciones para recibir información confidencial del expediente de reclamación?

- **Electrónicamente** – Los documentos y otros medios solicitados se proporcionarán a través del sitio web de GovQA y se enviará una notificación al correo electrónico del solicitante. Las aseguradoras recibirán sus copias a través del buzón de protocolo para la transferencia segura de archivos (secure file transfer protocol box, por su nombre en inglés) del representante en Austin.
- **En Papel** – Los documentos se imprimirán y serán enviados por correo postal al solicitante. Es posible que se cobre un honorario dependiendo de la cantidad de los documentos impresos. Consulte en la parte de abajo para obtener más información sobre los honorarios.
- **Certificado** – La copia de la información solicitada llevará adjunta una carta de certificación, la cual está firmada y sellada por el Conservador de Expedientes (Custodian of Records, por su nombre en inglés) y da fe de la autenticidad de los documentos adjuntos.

¿Son opcionales algunos de los espacios del Formulario DWC-153S?

Todos los espacios aplicables deben completarse cada vez que se presente el Formulario DWC-153S.

- **Sección I** – todos los espacios son requeridos para las solicitudes de expedientes de reclamaciones y para las solicitudes de resolución de disputas por indemnización. Es requerido proporcionar el nombre del empleado, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento para las solicitudes de verificación de expedientes. Todos los espacios, excepto la fecha de nacimiento, son requeridos para el expediente de resolución de disputas por honorarios médicos.
- **Sección II** – todos los espacios son requeridos, si es que aplica. Una dirección de correo electrónico es requerida para notificar que los documentos electrónicos están listos para ser recogidos. La dirección de correo electrónico es confidencial según el Código Gubernamental de Texas, Sección 552.137 y no se divulgará sin su consentimiento.
- **Sección III** – ingrese información en los espacios especificados para los expedientes que está solicitando. El número de referencia (tracking number) para el expediente de resolución de disputas médicas es requerido para obtener una copia del expediente de resolución de disputas por honorarios médicos.
- **Sección IV** – usted debe indicar la base legal por la cual usted es elegible para recibir la información confidencial solicitada relacionada con la reclamación y proporcionar cualquier información adicional en la documentación que adjunte a la solicitud.

Los formularios incorrectos o incompletos serán devueltos.

¿Puedo solicitar una verificación de expediente y copias de la información confidencial de la reclamación del mismo empleado lesionado en la misma solicitud?

No. Los empleados lesionados pueden tener múltiples reclamaciones, por lo que usted debe enviar un Formulario DWC-153S por separado para solicitar copias de la información confidencial de la reclamación para una reclamación en específico.

¿Cómo puedo presentar el Formulario DWC-153S?

El formulario original firmado puede adjuntarse a una solicitud para obtener registros públicos (open records request, por su nombre en inglés) en tdi.texas.gov/open-records.html, también puede enviarlo por fax a la Sección de Servicios Legales de DWC al 512-804-4276, enviarlo por correo postal o entregarlo personalmente. No envíe esta solicitud por fax a ningún otro número de fax de DWC. Usted debe presentar un Formulario DWC-153S por separado para cada

empleado lesionado.

¿Se me cobrará un honorario por las copias de la información confidencial del expediente de la reclamación?

DWC le proporcionará copias electrónicas sin costo alguno. Es posible que le cobremos un honorario si usted solicita copias en papel, dependiendo de la cantidad de páginas.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si está solicitando copias de un expediente de reclamación o si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la Sección de Servicios Legales de DWC al 512-804-4703.

IMPORTANTE: Al presentar el Formulario DWC-153S, el solicitante declara que él o ella tiene derecho a la información solicitada y que él o ella tiene plena autoridad para actuar como solicitante. Es un delito menor de Clase A que una persona no autorizada reciba información confidencial relacionada con la reclamación o que divulgue dicha información a personas no autorizadas. Código Laboral de Texas Secciones 402.064, 402.081, 402.083, 402.084, 402.086 y 402.091.