



Empleado - Es requerido que usted reporte su lesión a su empleador dentro de 30 días si es que su empleador cuenta con un seguro de compensación para trabajadores. Usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita por parte del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC), y es posible que tenga derecho a recibir ciertos beneficios médicos y de ingresos. Para obtener más información llame a DWC al 800-252-7031.

DWC073

Reporte de Estado de Trabajo de la Compensación para Trabajadores de Texas

I. INFORMACIÓN GENERAL			Fecha en que se envió (para propósitos del envío solamente):		
1. Nombre del Empleado Lesionado		5a. Nombre y Título del Médico/Médico Delegante		5b. Nombre del PA / APRN (si es quien está llenando el formulario)	
2. Fecha de la Lesión	3. Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos) XXX-XX-	6. Nombre del Establecimiento		9. Nombre del Empleador	
4. Descripción de la Lesión/Accidente del Empleado		7. Número de Teléfono y Fax del Establecimiento/Médico		10. Número de Fax o Correo Electrónico del Empleador (si es que lo sabe)	
		8. Dirección del Establecimiento/Médico (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		11. Aseguradora	
				12. Número de Fax o Correo Electrónico de la Aseguradora (si es que lo sabe)	

II. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE TRABAJO (Llene completamente uno de los siguientes, incluyendo las fechas y una descripción en 13c, si es que aplica)	
13. La condición médica del empleado lesionado que resultó de la lesión de compensación para trabajadores:	
<input type="checkbox"/> a) permitirá que el empleado regrese al trabajo a partir de ___/___/___ sin restricciones ; O	
<input type="checkbox"/> b) permitirá que el empleado regrese al trabajo a partir de ___/___/___ con restricciones identificadas en la PARTE III , las cuales se espera que duren hasta ___/___/___; O	
<input type="checkbox"/> c) ha impedido y continúa impidiendo que el empleado regrese al trabajo a partir de ___/___/___ y se espera que continúe hasta ___/___/___. Lo siguiente describe cómo es que esta lesión impide que el empleado regrese a trabajar :	

III. RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD (Complete esta área solamente si la casilla 13b ha sido marcada)		
14. Restricciones de Postura (si es que las hay):	17. Restricciones de movimiento (si es que las hay):	19. Restricciones misceláneas (si es que las hay):
Máx. de horas por día 0 2 4 6 8 Otro:	Máx. de horas por día 0 2 4 6 8 Otro:	<input type="checkbox"/> Máx. de horas por día de trabajo:
De pie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Caminar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descansos para sentarse/estirarse de _____ por _____
Sentado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Subir escaleras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Debe usar férula/yeso en el trabajo
De rodillas/cucillas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Empuñar/apretar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Debe usar muletas todo el tiempo
Agachado/encorvado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Flexión/extensión de la muñeca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No manejar/operar maquinaria pesada
Empujar/jalar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alcanzar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo puede manejar transmisión automática
Torcer el cuerpo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alcanzar por encima <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> La piel no puede tener contacto con:
Otro: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uso del teclado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No puede correr
15. Restricciones Específicas Para (si es que aplica):	Otro:	<input type="checkbox"/> Cambios de vestimenta necesarios para el trabajo
<input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Izquierda <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda	18. Restricciones para Cargar/Levantar (si es que las hay):	
<input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Derecha <input type="checkbox"/> Pierna Derecha	<input type="checkbox"/> No puede levantar/cargar objetos de más de ___ lbs. por más de ___ horas por día.	
<input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo <input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> No puede desempeñar ninguna tarea levantando o cargando objetos.	
<input type="checkbox"/> Brazo Derecho <input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Izquierdo	Otro:	
<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Derecho	<input type="checkbox"/> No trabajar / _____ horas/día de trabajo:	
Otro:	<input type="checkbox"/> en ambientes extremos de calor/frío	
	<input type="checkbox"/> en alturas o en andamios	
	<input type="checkbox"/> Debe mantener _____	
	<input type="checkbox"/> elevado(s) <input type="checkbox"/> limpio(s) & seco(s)	
16. Otras Restricciones (si es que las hay)		20. Restricciones de Medicamentos (si es que las hay):
		<input type="checkbox"/> Debe tomar el medicamento(s) recetado
		<input type="checkbox"/> Se le recomendó tomar medicamentos sin receta
		<input type="checkbox"/> El medicamento puede causar sueño (posibles problemas de seguridad/para conducir)

IV: INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO/CITA DE SEGUIMIENTO			
21. Información de Diagnóstico Sobre la Lesión en el Trabajo:		22. Los Servicios Previstos de Seguimiento Incluyen:	
		<input type="checkbox"/> Evaluación por parte de un médico de tratamiento en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Recomendación médica con/consulta con _____ en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Medicina física ___ veces por semana por ___ semanas comenzando en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Estudios especiales (enliste): _____ en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Ninguno. Esta es la última cita que ha sido programada para este problema. En estos momentos, no se prevé ningún cuidado médico adicional.	
Fecha/Hora de la Visita:	Firma del Empleado	Tipo de Visita:	Función del Profesional de la Salud:
		<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Médico de tratamiento <input type="checkbox"/> Médico de consulta <input type="checkbox"/> Médico designado
		<input type="checkbox"/> Seguimiento	<input type="checkbox"/> Médico de referencia <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro médico
			<input type="checkbox"/> Médico de RME <input type="checkbox"/> APRN
Hora en que se dio de alta:	Firma y Número de Licencia del Profesional de la Salud		



Preguntas Frecuentes Reporte del Estado de Trabajo (Formulario DWC-073)

¿Bajo qué circunstancias se me es requerido presentar el Formulario DWC-073?

Los requisitos para presentar el Formulario DWC-073 varían dependiendo del tipo de médico que presente el Reporte del Estado de Trabajo. Los requisitos específicos son mostrados en la tabla de abajo.

Tipo de Médico	Cuando se debe presentar el Formulario DWC-073	Dónde Presentarlo	Método de Entrega	Fecha Límite
Médico de Tratamiento Médico de Referencia Asociado Médico Delegado (PA, por sus siglas en inglés) o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> después del examen inicial del empleado lesionado, sin importar el estado de trabajo del empleado cuando haya un cambio en el estado de trabajo del empleado lesionado cuando haya un cambio considerable en las restricciones de las actividades del empleado lesionado cuando exista un horario solicitado por la aseguradora, siempre y cuando esté basado en las citas del empleado lesionado que han sido programadas con el médico (que no sobrepase un reporte cada dos semanas) 	<ul style="list-style-type: none"> empleado lesionado 	en persona; transmisión electrónica, con acuerdo (fax, correo electrónico o método similar)	al momento del examen
		<ul style="list-style-type: none"> aseguradora empleador 	transmisión electrónica transmisión electrónica a menos que el destinatario no haya proporcionado un número de fax o una dirección de correo electrónico; entonces será hecho en persona o por correo postal	dentro de 2 días hábiles, a partir de la fecha en la que se realizó el examen
	<ul style="list-style-type: none"> después de haber recibido un grupo de descripciones de las funciones de trabajo de parte del empleador o de la aseguradora, las cuales describen los puestos de trabajo modificados, incluyendo los requisitos físicos y el horario de los puestos que el empleador tiene disponibles para que trabaje el empleado lesionado después de recibir el Formulario DWC-073 del médico del examen médico requerido (RME), el cual indica que el empleado lesionado puede regresar a trabajar con o sin restricciones 	<ul style="list-style-type: none"> empleado lesionado 	en persona, a menos que no haya una cita programada antes de la fecha límite; entonces será por transmisión electrónica a menos que el destinatario no haya proporcionado un número de fax o una dirección de correo electrónico; entonces será hecho por correo postal	dentro de 7 días a partir de la fecha en la que se recibió la descripción del trabajo u opinión de RME
		<ul style="list-style-type: none"> aseguradora empleador 	transmisión electrónica	
Médico Designado	<ul style="list-style-type: none"> después del examen del empleado lesionado para tratar cualquier pregunta relacionada con el regreso al trabajo <p>NOTA: El médico designado debe presentar un informe narrativo junto con el Formulario DWC-073.</p>	<ul style="list-style-type: none"> empleado lesionado representante del empleado lesionado (si es que lo hay) 	por transmisión electrónica al menos que el destinatario no haya proporcionado un número de fax o una dirección de correo electrónico; entonces será por otro medio que pueda ser comprobado	dentro de 7 días hábiles a partir de la fecha en que se realizó el examen
		<ul style="list-style-type: none"> aseguradora médico de tratamiento 	transmisión electrónica	
		<ul style="list-style-type: none"> división 	por fax al 512-490-1047	
Médico de RME	<ul style="list-style-type: none"> después del examen del empleado lesionado (posterior al examen del Médico Designado), si el médico de RME determina que el empleado lesionado puede regresar a trabajar inmediatamente con o sin restricciones 	<ul style="list-style-type: none"> empleado lesionado representante del empleado lesionado (si es que lo hay) 	por transmisión electrónica al menos que el destinatario no haya proporcionado un número de fax o una dirección de correo electrónico; entonces será por otro medio que pueda ser comprobado	dentro de 7 días, a partir de la fecha en la que se realizó el examen
		<ul style="list-style-type: none"> aseguradora médico de tratamiento 	transmisión electrónica	

¿Dónde puedo encontrar más información sobre el Formulario DWC-073?

Para obtener los requisitos completos con respecto a este reporte, consulte el Código Administrativo de Texas No. 28 §§126.6, 127.10, y 129.5. Estos reglamentos están disponibles en el sitio web de TDI en <http://www.tdi.texas.gov/wc/rules/index.html>. Si usted tiene preguntas adicionales, llame a *Comp Connection for Health Care Providers* al 1-800-372-7713 (512-804-4000 en el área de Austin) y seleccione la opción 3.

NOTA: Con pocas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted, así como recibir y revisar dicha información (Código Gubernamental, §§552.021 y 552.023); y solicitar que DWC corrija la información que esté incorrecta (Código Gubernamental §559.004). Para obtener más información, contacte a agencycounsel@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.