

**LA MEJOR GUÍA DE  
SUPERVIVENCIA PARA  
TRABAJADORES LESIONADOS DE  
TEXAS:**

**Todo Lo que Necesita Saber Para Vencer  
A Las Compañías De Seguros en Sus  
Juegos**

**DANIEL L. MORRIS**

**&**

**MATT LEWIS**

Copyright © 2018 MLF Legal PLLC

All rights reserved.

ISBN: 1717468829

ISBN-13: 978-1717468826

## **Introducción**

Es muy probable que la mayoría de la gente en Texas haya sufrido una lesión laboral, o que tenga un familiar cercano o un amigo que haya sufrido una. A diferencia de muchos tipos de lesiones, no existen muchos recursos para aprender cómo manejar un reclamo de compensación laboral.

Texas, es el único estado que permite a los empleadores decidir si desean suscribirse al sistema de compensación para trabajadores o convertirse en lo que generalmente se conoce como un no suscriptor.

Estos dos tipos de reclamos se manejan de manera muy diferente. Por lo tanto, lo primero que debe confirmar luego de una lesión laboral es si su empleador es un suscriptor o no suscriptor del sistema.

Hemos escrito esta guía para ayudar a los trabajadores lesionados a manejar un reclamo de compensación laboral. Explicamos los tipos de beneficios y audiencias que pueden surgir como resultado de una lesión laboral.

Abraham Lincoln dijo: "El que se representa a sí mismo, tiene un tonto como cliente". Nunca le aconsejaríamos a una persona que se representara a sí misma. Pero toda persona debe comprender lo que está sucediendo con su reclamo, y esta guía proporciona la terminología y la información que necesitará para manejar el proceso.

## **Tabla de Contenidos**

### **Historia de Compensación para Trabajadores de Texas**

#### **Me Lesioné En El Trabajo, ¿Qué Hago Ahora?**

Reportar Una Lesión A Su Empleador

Obtener Tratamiento Médico Lo Mas Pronto Posible

#### **¿Tengo Un Reclamo De Indemnización Para Trabajadores?**

Suscriptores Y No Suscriptores

Lesión En El Curso Y Alcance Del Empleo

### **Cómo Presentar Una Demanda De Indemnización Laboral De Texas**

#### **Tratamiento Médico**

Preautorización

Reclamos de red y fuera de red

ELEGIR UN MÉDICO TRATANTE

#### **Salarios Perdidos**

Discapacidad

#### **Alcance De La Lesión**

Causalidad

### **Calificación De Máxima Mejoría Médica y Discapacidad Permanente**

Discapacidad Permanente

La Regla De Los Noventa Días: Una Fecha Límite Para Las Disputas De Clasificación de la discapacidad

Excepciones A La Regla De Los Noventa Días

Cómo Disputar Una Calificación De

Discapacidad

## BENEFICIOS POR INGRESOS POR DISCAPACIDAD

### **Proceso de Audiencia**

Conferencia De Revisión De Beneficios (BRC)

Beneficio de Audiencia de Caso Impugnado (CCH)

Apelación

### **Otros Beneficios**

Beneficios De Ingresos Suplementarios (SIBs)

Beneficios De Ingresos De Por Vida (LIBs)

Beneficios Por Muerte

Reclamos De Terceras Partes

Negligencia Grave Con Resultado De Muerte

Seguro Social Por Discapacidad

451 - Despido Injusto

### **Disputas Médicas**

Disputas Médicas

Proceso IRO

## **APÉNDICE**



## AUTORES

### Daniel L Morris



Daniel, ha representado a trabajadores lesionados en Texas desde 1996. Habla español con fluidez y ha vivido en Argentina y México.

Ha participado en la Sección de la Barra de Compensación para Trabajadores de Texas desde su inicio y ha servido como representante de los trabajadores para la junta. Ha brindado numerosas conferencias en el Seminario de Compensación para Trabajadores Avanzados de Texas durante los últimos diez años y ha hablado sobre temas que van desde "Cómo manejar su primer reclamo de indemnización laboral" hasta "Actualización legislativa".

Daniel vive con su esposa, cinco de sus siete hijos y un nieto. Es un activo miembro en su iglesia y Boy Scouts, donde se desempeña como Presidente de Actividades del Distrito.

### Matt Lewis



Matt ha representado a trabajadores lesionados en busca de reclamos de indemnización laboral en Texas desde 1998. Además, ayuda a aquellos que no pueden volver a trabajar a obtener beneficios de seguridad social por discapacidad.

Actualmente, Matt es miembro de la junta de la Sección de Compensación para Trabajadores del Colegio de Abogados del Estado que representa a los trabajadores lesionados, y anualmente realiza conferencias en el Seminario de Compensación para Trabajadores del Colegio de Abogados. Ha sido certificado en la Ley de Compensación para Trabajadores por la Junta de Especialización Legal de Texas, y ha sido nombrado Superintendente de Texas en la revista mensual de Texas todos los años, desde 2012.

Matt vive en el condado de Tarrant con su esposa y sus dos hijos. Es un miembro activo de su comunidad y se desempeña como presidente de la Comisión de Planificación y Zonificación de la ciudad de Saginaw.





## CAPÍTULO 1

# **HISTORIA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES DE TEXAS**

Texas promulgó sus primeras leyes de compensación para trabajadores en 1913. La ley, se mantuvo bastante constante hasta 1991, cuando la Legislatura de Texas promulgó lo que se conoce como la nueva ley.

Las aseguradoras afirmaban que la indemnización de los trabajadores en nuestro gran estado de Texas era un "tren de escape" impulsado por el abogado del demandante. Negaban que los trabajadores lesionados no recibían la atención que necesitaban y afirmaban que los abogados se enriquecían con las lesiones de dichas personas.

La "Nueva Ley" separó la indemnización (compensación) y los beneficios médicos adeudados al trabajador lesionado. El argumento para esto fue que si ambos eran determinado al mismo tiempo, los trabajadores renunciarían a los beneficios médicos para aumentar sus beneficios de indemnización. La idea era que las compañías de seguros cooperarían con los proveedores médicos para que los trabajadores lesionados recibieran la atención que necesitaban y para que volvieran a trabajar.

Desafortunadamente, pareciera que hemos dejado que el lobo proteja el gallinero. El sistema de Compensación para Trabajadores de Texas ha estado en constante cambio desde 1991 hasta el presente. Sin embargo, casi ninguno de estos cambios ha resultado en un beneficio para el trabajador lesionado.

Un sistema, que fue creado para mirar los problemas del trabajador lesionado con la mejor luz posible, se ha transformado en una pesadilla burocrática que promueve la forma sobre la sustancia.

La mayoría de los abogados que proporcionaron representación a los trabajadores lesionados abandonaron el sistema luego de los cambios de 1991. Esto, dejó a los trabajadores lesionados a merced de los proveedores médicos para que sean sus defensores en la resolución de disputas. En 2005, los proveedores médicos comenzaron a irse, ya que las redes de empleadores eliminaron la capacidad del empleado lesionado de seleccionar su propia elección de médico tratante.

La mayor parte de la interacción de los trabajadores lesionados en el ámbito de la compensación para trabajadores corresponde al Departamento de Recursos Humanos del empleador, a los encargados de reclamos de seguros y a las clínicas que contratan las compañías de seguros para la contención de costos. Sin embargo, todavía existen abogados y proveedores médicos que ayudan a los trabajadores lesionados; solo necesita investigar un poco para encontrarlos.



## CAPÍTULO 2

# Me Lesioné En El Trabajo, ¿Qué Hago Ahora?

Los trabajadores lesionados, a menudo, sienten que se enfrentan un dilema luego de una lesión. Probablemente saben que necesitan decir algo para poder obtener atención médica, pero a menudo temen por su trabajo o tienen la mentalidad de que quieren ser un buen "hombre de la compañía". Pero lo peor que cualquier demandante puede hacer es no hacer nada.

Lo más común que escuchamos de los trabajadores lesionados con reclamos de indemnización laboral de Texas es que pensaron que la lesión no era gran problema y desaparecería. Y luego, cuando no lo hizo, descubrieron por qué esperar para decir algo no era la solución correcta. Una vez que ocurre una lesión, hay dos cosas que todos los trabajadores lesionados de Texas deben hacer de inmediato: reportar la lesión a un supervisor y recibir tratamiento médico lo más pronto posible.

## Reportar Una Lesión A Su Empleador

Cada vez que se lesiona en el trabajo, debe informar esa lesión a su empleador. En Texas, si su empleador tiene seguro de compensación para trabajadores, usted tiene 30 días para reportar la lesión. Si no lo hace, su reclamo podría ser denegado y puede perder el derecho a los beneficios por siempre.

¿Cuándo comienza el plazo de treinta días? Si sufrió una lesión en un evento único, lo que llamamos un incidente específico, como caerse de una escalera, entonces tiene 30 días para informar esa lesión desde el día en que sucedió.

### CONSEJOS PROFESIONALES

1. Informar de su lesión a un supervisor
2. Reportar lo que pasó y qué partes del cuerpo están lastimadas. Exponga que sus lesiones ocurrieron en el trabajo
3. Envíe el mismo informe a su supervisor e imprima una copia para que tenga pruebas más tarde si la empresa dice que nunca informó

Si tiene una enfermedad ocupacional, como cáncer o una lesión traumática repetitiva que ocurre con el paso del tiempo, como el síndrome del túnel carpiano, tiene 30 días para informar la lesión desde el día en que supo, o debería haber sabido, que tiene una lesión relacionada con el trabajo.

Debe informar su lesión a alguien con un puesto de gestión o supervisión. Este podría ser su supervisor, el capataz o el gerente de recursos humanos. Debe informarles la naturaleza de su lesión y que la misma está relacionada con el trabajo. Esto los pone en aviso y les permite investigar lo que sucedió.

Una vez que el empleador recibe el informe de su lesión, debe llamar a su compañía de seguros de compensación para trabajadores a fin de reportar el reclamo. Posteriormente, usted deberá dialogar a un ajustador de la compañía de seguros que probablemente tendrá algunas preguntas sobre lo que sucedió.

## **Obtener Tratamiento Médico Lo Antes Posible**

Debido a que muchos trabajadores lesionados tratan de esperar y ver si la lesión desaparece, como lo hacen la mayoría de los dolores y molestias más comunes, a menudo no reciben atención médica inmediata. Esto significa que en muchos casos, no habrá ninguna evidencia de una lesión real en la fecha en que el empleado sufrió la lesión. Esa no es una situación ideal si el reclamo debe ser litigado más tarde.

Vea al doctor lo mas pronto posible. De esa forma, todas las lesiones agudas podrán ser documentadas. Asegúrese de que el médico documente cada lesión que crea que usted tiene. Si su espalda baja es la lesión más importante, no deje de pedirle al médico que documente también el resto de sus lesiones.

Su empresa puede tener un médico que quieran que vea. Eso está bien, pero recuerde para quién trabaja ese medico. Su empleador es quien lo contrató, no usted. Tendrá que hacer un seguimiento el mismo día o, al día siguiente, a más tardar, con la sala de emergencias o su elección de médico para que pueda asegurarse de recibir el diagnóstico y el tratamiento correctos.

### CONSEJOS PROFESIONALES

4. Hacer que el médico escriba todas las partes del cuerpo que usted lesion
5. No seguir tratando con el médico de la empresa
6. Elija su propio médico lo antes posible

## CAPÍTULO 3

# ¿TENGO UN RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN PARA TRABAJADORES?

Si se lesiona en el trabajo, eso no siempre significa que puede obtener una compensación. En Texas, no exigimos que todos los empleadores tengan un seguro de compensación laboral. Si su empleador tiene seguro de compensación laboral, solo se cubren las lesiones sufridas en el curso y el alcance del empleo. A continuación, verá lo que necesita saber sobre cómo establecer un reclamo por beneficios.

### Suscriptores Y No Suscriptores

En Texas, los empleadores no están obligados a tener un seguro de compensación laboral. Los que sí tienen seguro de compensación laboral se conocen como suscriptores. Aquellos que no lo tienen, son conocidos como no suscriptores.

Los suscriptores tienen cobertura, por lo que los empleados lesionados obtienen todos los beneficios provistos por el sistema de compensación para trabajadores. Los no suscriptores no tienen cobertura, por lo que los empleados lesionados generalmente no recibirán su tratamiento médico ni los salarios perdidos por parte del empleador. Algunos de los no suscriptores proporcionarán tratamientos y beneficios limitados, pero generalmente no se compara con lo que ofrece el sistema de compensación de los trabajadores.

Al fin de inducir a los empleadores a comprar seguros de compensación para los trabajadores, la legislatura aprobó leyes que establecen que si el empleador no tiene seguro de compensación laboral, entonces ese empleador puede ser demandado por negligencia. Sin embargo, si el empleador tiene un seguro de compensación laboral, entonces el único remedio que usted tiene es cobrar los beneficios ofrecidos por la compensación de los trabajadores.

La División de Compensación para Trabajadores tiene un sitio web con una herramienta para buscar a su empleador y poder averiguar si es un suscriptor o no suscriptor. En la

sección "temas A-Z", seleccione "TXCOMP", luego seleccione "reclamos y sistemas de cobertura" y a continuación podrá realizar la búsqueda en "buscar empleador cubierto".

## **Lesión En El Curso Y Alcance Del Empleo**

Una de las preguntas más comunes que nos hace la gente cuando ingresa a nuestra oficina es: "¿Tengo un caso de compensación laboral?", y la respuesta es: "Bueno, ¿tuvo una lesión y esa lesión ocurrió en el curso y alcance de su empleo?" Ahora, una lesión se define como un daño o perjuicio a la estructura física de su cuerpo. Estas lesiones pueden ser verificadas por algo como el diagnóstico de un médico, o una radiografía, o puede aparecer en una resonancia magnética.

La siguiente pregunta es si la lesión ocurrió o no en el curso y alcance de su empleo. El curso y el alcance del empleo significa una actividad que ocurrió mientras usted estaba en el trabajo, y en cuestiones relacionadas con su empleador. Algo como apilar cajas en una plataforma para despachar un envío para su empleador, estaría en el curso y alcance del empleo. Sin embargo, si conducía al trabajo o manejaba desde el trabajo a su casa, generalmente esas no son actividades que están ayudando al negocio de su empleador, por lo que no estarían en el curso ni en el alcance de su empleo.

Cuando tiene una lesión y la misma surge de su empleo, entonces es probable que tenga un caso de compensación laboral.

## CAPÍTULO 4

# CÓMO PRESENTAR UNA DEMANDA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE TEXAS

Cuando tiene una lesión laboral en Texas, debe presentar un aviso de su lesión ante la División de Compensación para Trabajadores en el plazo de un año a partir de la fecha de su lesión. Hay un formulario para completar: se llama DWC-41. Le pide su información de contacto y una descripción de cómo se lastimó y dónde trabaja.

Si no presenta este documento en el plazo de un año a partir de la fecha de su lesión, su reclamo puede ser denegado. ¿Ha oído hablar de personas que pierden reclamos legales debido a un tecnicismo? Este es uno de esos tipos de fechas límite. ¡No lo olvide!

### CONSEJOS PROFESIONALES

7. Tiene un año para presentar una reclamación a la División
8. Tiene un año para presentar una reclamación a la División

Las instrucciones en el formulario le indicarán que lo envíe por fax a un número de Austin. La División pierde papeles todo el tiempo, así que no se arriesgue esperando que su fax se conecte al sistema. Además de enviarlo por fax, le recomendaría que lo lleve a su oficina local de la División de Compensación para Trabajadores y lo presente en persona. Cuando lo haga, lo sellarán para que muestre la fecha en que se recibió, y pueden darle una copia. De ese modo, tendrá la evidencia que necesita para demostrar que la presentó dado que, con el tiempo, eso podría ser una pregunta a responder.



**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 [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov)

DWC Claim#

Carrier Claim#

← Send the completed form to this address.

**Employee's Claim for Compensation for a Work-Related Injury  
 or Occupational Disease (DWC Form-041)**

Claim for workers' compensation must be filed by the injured employee or by a person acting on the injured employee's behalf **within one year** of the date of injury or within one year from the date the injured employee knew or should have known the injury or disease may be work-related.

**I. INJURED EMPLOYEE INFORMATION**

Name (First, Middle, Last)		Social Security Number	Date of birth (mm / dd / yyyy)
Address (street, city/town, state, zip code, county, country)			
Phone Number	E-Mail address	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Race / Ethnicity <input type="checkbox"/> White, not of Hispanic Origin <input type="checkbox"/> Black, not of Hispanic Origin <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander			
Do you speak English? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, specify language			
Marital status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced			
Do you have an attorney or other representation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name of representative			
Have you returned to work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If returned to work, date returned (mm/dd/yyyy)	Work status <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Restricted
Occupation at time of injury			Date of hire (mm / dd / yyyy)
Hired or recruited in Texas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Pre-tax wages (at the time of injury) \$	<input type="checkbox"/> hourly <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> monthly

**II. INJURY INFORMATION**

I am reporting an <input type="checkbox"/> injury or <input type="checkbox"/> occupational disease		Date of injury (mm / dd / yyyy)	Time of injury
First work day missed (mm / dd / yyyy)		Date injury was reported to the employer (mm / dd / yyyy)	
Where did the injury occur? County	State	Country	
If accident occurred outside of Texas, on what date did you leave Texas? (mm/dd/yyyy)			
Witness(es) to the injury (list by name)			
Describe cause of injury or occupational disease, including how it is work related			
Body part(s) affected by the injury			
If injury is the result of an occupational disease:			
1. On what date was the employee last exposed to the cause of the occupational disease? (mm / dd / yyyy)			
2. When did you first know occupational disease was work related? (mm / dd / yyyy)			

**III. EMPLOYER INFORMATION (at the time of injury)**

Employer name	Employer address (street, city/town, state, zip code, county, country)
Employer phone number	Supervisor name

**IV. DOCTOR INFORMATION**

Name of treating doctor	Phone number
Address (street, city/town, state, zip code)	
Name of workers' compensation health care network, if any	

Signature of injured employee or person filling out this form on behalf of injured employee

Date

Printed name of injured employee or person filling out form on behalf of injured employee



## CAPÍTULO 5

# TRATAMIENTO MÉDICO

Cuando sufre una lesión laboral en Texas, se supone que todo el tratamiento médico para esa lesión está cubierto por el reclamo. La ley establece específicamente que los trabajadores lesionados tienen "derecho" a toda la atención médica que cura o alivia los efectos de la lesión, que promueve la recuperación o que mejora su capacidad para volver al trabajo. Este derecho al tratamiento es para toda la vida, siempre y cuando el tratamiento esté relacionado con la lesión laboral.

Si bien la ley es clara sobre qué tratamiento tienen derecho a recibir los trabajadores lesionados, la División adoptó un libro llamado guía de tratamiento a fin de controlar y limitar el tratamiento que reciben los trabajadores lesionados. Actualmente, la División utiliza la Guía de discapacidad oficial para determinar qué tratamiento está permitido. Este libro, enumera varios tratamientos para tipos específicos de lesiones e indica si el tratamiento es recomendado o no por los doctores que escribieron el libro.

## Preautorización

Además de la terapia física inicial, la mayoría de los tratamientos recetados por su médico requerirán preautorización. La preautorización significa que la compañía de seguros debe considerar y autorizar el tratamiento que su médico ha recomendado. El tratamiento, puede demorarse mientras se lleva a cabo este proceso de preautorización. En general, la compañía de seguros tiene tres días para revisar la solicitud de tratamiento de su médico y dar una respuesta. A veces, sin embargo, las demoras relacionadas con las disputas de preautorización pueden ser agravantes.

Si la compañía de seguros niega la preautorización, su médico puede apelar esa decisión. Si es rechazada nuevamente, se puede hacer otra apelación a la División. En la mayoría de los casos, los problemas de preautorización son simplemente problemas de comunicación entre el médico que realiza la revisión y el médico tratante. Otras veces, el tratamiento no es recomendado por las Pautas Oficiales de Discapacidad y el médico que realiza la revisión no permite una excepción. En estas circunstancias, podría ser necesaria una resolución de disputas médicas.

## **Reclamos De Red y Fuera De Red**

En Texas, un reclamo de compensación de trabajadores es un reclamo de red o un reclamo fuera de red. Un reclamo de la red es cuando su empleador se ha registrado con la compañía de seguros para que sus empleados reciban tratamiento en la red de médicos de esa compañía de seguros. Esto, es similar al seguro de salud regular, donde si usted tiene Aetna como su seguro, debe tratar con un médico que haya contratado a Aetna para tratar a sus pacientes. Lo que esto significa es que si tiene un reclamo de red, debe tratar con un médico que esté aprobado y pertenezca a la red de médicos de la compañía de seguros. A veces, esta lista es bastante limitada y está repleta de médicos de compañías de seguros o médicos amigos del empleador, en lugar de médicos defensores de pacientes.

En un reclamo fuera de la red, el trabajador lesionado es libre de tratar con cualquier médico que esté dispuesto a verlo y facturar a través del sistema de compensación laboral. La elección de médicos en un reclamo fuera de red ofrece un grupo mucho más grande, y contiene muchos de los médicos conocidos por ser buenos médicos, así como médicos que luchan por las pre autorizaciones necesarias y ayudan a los trabajadores lesionados a probar sus lesiones. Existe una clara ventaja para los trabajadores lesionados que tienen un reclamo fuera de red.

## **Elegir un Médico Tratante**

La mayoría de los trabajadores lesionados reciben atención médica, en primera instancia, de un médico de la sala de emergencias o del médico de la compañía. Pero estas no son opciones viables para una atención a largo plazo. El médico de la sala de emergencias no lo tratará más allá de esa primera visita, y el médico de la compañía, a menudo, está más preocupado por el cuidado del empleador que del paciente. Una vez que se ha obtenido la atención inicial, es hora de considerar quién debe ser seleccionado como el médico tratante.

El "médico tratante", en un reclamo de compensación de trabajadores de Texas, tiene un papel preponderante. Ese médico es responsable de asegurarse de que el trabajador lesionado reciba el tratamiento adecuado y sea derivado a los especialistas necesarios. Todo pasa por el médico tratante. Y si el reclamo (o cualquier parte del reclamo) es denegado, el médico tratante ayuda a establecer cuáles son las lesiones, a probar cómo fueron causadas por el accidente laboral y a establecer las capacidades laborales del reclamante. Todos y cada uno de los beneficios que posiblemente obtenga un trabajador lesionado son establecidos mediante el médico tratante. Entonces, puede ver por qué tratar con un médico de la compañía no es la mejor idea.

Si todavía está tratando con un médico de la compañía, puede cambiar a un médico de su elección. El ajustador y la División de Compensación para Trabajadores pueden decirle algo diferente, pero están equivocados. Es posible que necesite la ayuda de un abogado pero, en la mayoría de las situaciones, puede cambiar de médico tratante. En ocasiones, cambiar de médico tratante requiere un poco de litigio, pero en la gran mayoría de las situaciones existe una forma de cambiar de médico. En un reclamo fuera de red, todo lo que tiene que hacer es presentar el formulario DWC-53. Para presentar el formulario, deberá solicitar que el nuevo médico tratante firme el formulario indicando que acepta ser su nuevo médico tratante. Una vez presentada, la División revisará la solicitud de aprobación.

Si alegan que su reclamo es un reclamo de red, entonces el procedimiento es diferente, pero aún se puede hacer un cambio. Deberá llamar al ajustador y solicitar la aprobación para cambiar de médico. Tenga cuidado con el truco del ajustador donde le da la lista de médicos de la red para elegir, pero es una lista de solo los doctores que le gustan a la compañía de seguros y no la lista completa. Si tiene un reclamo de red, deberá investigar las opciones para ver si los médicos que puede elegir son amigables o seguros para el paciente. Esta podría ser una buena razón para buscar una consulta gratuita con un abogado.

#### CONSEJOS PROFESIONALES

10. Elegir a un médico de tratamiento es una de las decisiones más importantes que tomará
11. No tratar con el médico de la empresa
12. Pregunte a los médicos potenciales si escriben cartas de causalidad
13. Incluso si no desea contratar a un abogado, utilice la consulta gratuita para obtener asesoramiento sobre un médico de tratamiento

## CAPÍTULO 6

# Salarios Perdidos

Los salarios perdidos en un reclamo de compensación laboral están cubiertos a partir del octavo día de tiempo perdido del trabajo, y terminan cuando puede ganar su sueldo completo o alcanza la máxima mejoría médica, lo que ocurra primero. Los beneficios que se pagan por los salarios perdidos se denominan Beneficios por Ingresos Temporales (TIB). Para obtener TIB, debe probar que tiene una discapacidad según la ley de compensación a los trabajadores.

## Discapacidad

La ley de compensación laboral de Texas define la discapacidad como la incapacidad, debido a una lesión en el lugar de trabajo, de obtener el salario anterior a la lesión. Esto significa que si su lesión resulta en una pérdida de ingresos, entonces cumple con la definición de discapacidad. Esto podría deberse a que no puede trabajar en absoluto después de su lesión. Quizás puede trabajar pero no a tiempo completo, por lo que le pagan menos que antes de su lesión. A veces, a los trabajadores lesionados se les asignan tareas laborales diferentes luego de una lesión y se les paga menos. En todas estas situaciones, tendría discapacidad.

Entonces, como puede ver, la discapacidad no es lo que la gente generalmente considera que significa la palabra "discapacitado". La discapacidad en un reclamo de compensación de trabajadores de Texas es diferente a la discapacidad en un reclamo de seguro social. No se trata necesariamente de habilidades funcionales, sino más bien de la capacidad de ganar dinero. Es un problema económico, no una opinión médica.

### CONSEJOS PROFESIONALES

14. Si no puedes trabajar o tienes restricciones y no obtienes beneficios, algo está mal
15. Asegúrate de que los informes de estado del trabajo se envíen por fax al dispositivo de ajuste
16. No te pierdas las citas con el médico

Existen muchos escenarios que resultan en discapacidad. La mayoría de los casos de discapacidad implican incapacidad para trabajar (como el concepto tradicional de discapacidad) o regresar al trabajo con tareas livianas. Si no puede trabajar en absoluto, obviamente no puede ganar un salario, eso es una discapacidad. Si su empleador no le permite trabajar en tareas livianas, entonces su lesión es la razón por la cual no está ganando un salario, eso es una discapacidad.

Tendrá que demostrar que tiene una discapacidad para tener derecho a los beneficios de ingresos temporales. En general, los trabajadores lesionados pueden probar la discapacidad al llenar un formulario DWC-73, el cuales es constituye un informe de estado de trabajo de un médico. Este formulario documenta su capacidad funcional. Si dice que no puede trabajar en absoluto, eso es evidencia de discapacidad. Lo mismo es cierto si documenta las diversas restricciones que podría tener y que le impedirían realizar sus tareas laborales habituales. Otra evidencia que podría considerarse serían los resultados de las pruebas de diagnóstico (MRI, EMG, rayos X), registros quirúrgicos y otras opiniones médicas sobre su condición física y capacidad funcional, así como también la descripción de su trabajo.

### Company Medical Clinic



## CAPÍTULO 7

### **Alcance De La Lesión**

Las compañías de seguro, a menudo, aceptan responsabilidad por lesiones menores como una contusión o un esguince. Esas lesiones no son demasiado costosas de tratar y no impiden que la gente deje de trabajar por mucho tiempo. Luego, cuando le diagnostican una hernia discal, un nervio pinzado o un desgarro en el hombro o la rodilla, disputan esas condiciones y se niegan a brindar tratamiento o beneficios. Cuando las compañías de seguros disputan sus lesiones de esa manera, se llama una disputa sobre el alcance de la lesión. Usamos ese nombre porque ahora usted tiene que demostrar el alcance de sus lesiones.

Es posible que se haga una resonancia magnética que demuestre que definitivamente tiene un desgarro en el manguito de la rótula o una hernia de disco en la parte baja de la espalda, pero mientras la compañía de seguros diga "no estamos de acuerdo", no podrá recibir tratamiento para ello. No recibirá beneficios pagos si esa condición es la que limita su capacidad de trabajo. No se le pagará por ningún daño permanente que tenga como resultado. Debe obtener esa condición cubierta bajo el reclamo.

Probar el alcance de su lesión requiere más que probar que tiene la condición. Tiene que demostrar que fue causado por el accidente laboral. En la mayoría de los casos, deberá obtener evidencia médica experta del diagnóstico y la causa de la afección. Esto se logra haciendo que un médico escriba un informe que explique cómo el accidente de trabajo causó el diagnóstico en disputa. Llamamos a esto una "carta de causalidad". Una vez que recibe la carta de causalidad, puede litigar la responsabilidad y pedir a la División que resuelva que su grado de lesión incluye el diagnóstico que la compañía de seguros apeló.

## Causalidad

La causa es una palabra legal elegante que cubre todo lo relacionado con probar que tus lesiones fueron causadas por tu accidente de trabajo. Normalmente es fácil probar que tienes la lesión, la resonancia muestra que está ahí. Es más difícil probar la causa.

Hay dos maneras de hacer esto. Una opción es solicitar a un médico designado presentando el formulario DWC-32 y pidiéndole al médico designado que determine su grado de lesión. El problema aquí es que usted no sabe quién va a ser el médico designado (podría terminar siendo un médico de la compañía de seguros), y usted no sabe lo que van a decir.

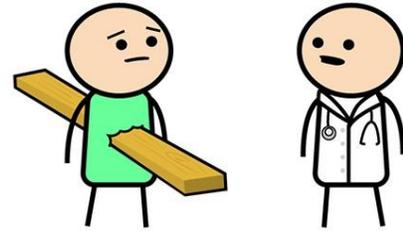
Si están en su contra por la causa de su lesión y piensan que está relacionado con la edad o preexistente, entonces eso hace que sea más difícil probar su caso porque ahora usted tiene que superar la opinión del médico del Estado.

La segunda forma de demostrar la causalidad es que su médico escriba un informe explicando la causa. Llamamos a esto una “carta de causalidad”. Esto es difícil para los médicos porque tratan lesiones, no discuten casos legales. Pero aquí está en pocas palabras:

Cuando el médico escribe la carta de causalidad, necesita explicar el mecanismo de la lesión (lo que le pasó) en detalle. Entonces ella puede explicar qué fuerza esas acciones colocadas sobre tu cuerpo. Estas fuerzas son por lo general algo como una carga axial de elevación, fuerzas de rotación de torsión, o golpe de fuerza contundente de ser golpeado por algo o caer al suelo.

Por último, el médico debe explicar cómo esas fuerzas actuaron sobre su cuerpo para causar su diagnóstico específico. Siempre es mejor si el médico refuerza su opinión con artículos de revistas médicas o algún tratado que afirme su posición. Pida al médico que incluya una frase que diga que ha emitido su opinión con una probabilidad médica razonable. Entonces usted debe tener una carta de causalidad que puede ser considerada por el juez.

Required Medical Exam



*"The pain in your back is an ordinary disease of life and not related to the board that impaled you."*

### CONSEJOS PROFESIONALES

Una carta de causalidad debe incluir:

- Mecanismo del perjuicio
- Diagnóstico
- Qué fuerzas fueron causadas por el mecanismo de lesiones
- ¿Cómo actuaron esas fuerzas en el cuerpo para causar el diagnóstico?

## CAPÍTULO 8

# **Calificación De Máxima Mejoría Médica y Discapacidad Permanente**

Cuando finaliza su tratamiento médico y se recupera de sus lesiones tanto como sea posible, ha alcanzado la máxima mejoría médica (MMI). La ley define MMI como la fecha más temprana después de la cual ya no se puede anticipar razonablemente la recuperación adicional material o la mejora duradera de una lesión. Esto, significa que si sus médicos le están brindando tratamiento y esperan ayudarlo a mejorar su condición, usted todavía no ha alcanzado su MMI.

La máxima mejoría médica es una fecha importante en su reclamo. Primero, porque finaliza el período de tiempo en el que es elegible para obtener beneficios de ingresos temporales. En segundo lugar, el logro de la MMI requiere que se le dé una calificación de discapacidad. El hecho de que llegar a la MMI finalice sus beneficios por salarios perdidos lo convierte en uno de los factores más importantes en su reclamo.

Cuando un médico realiza un examen para determinar si ha llegado a la MMI, se supone que el médico debe considerar en qué punto de su reclamo no había más expectativas de recuperación de su lesión. Muchos doctores no hacen esto correctamente. Miran hacia atrás a través de sus registros y se dan cuenta de en qué momento usted fallo al hacer alguna mejora adicional, y luego escriben un informe diciendo que es el día en que llegó a su MMI. ¿No sería una locura decir que llego a su MMI antes de que le hicieran la cirugía solo porque la cirugía no funcionó?

La forma correcta para que el médico considere la cuestión de su MMI es determinar en qué momento no había una expectativa razonable de una recuperación posterior. Esto no es antes de una cirugía fallida, sino después de la terapia postoperatoria. Su médico esperaba que la cirugía lo ayudara. Esperaba que la terapia posoperatoria lo ayudara. El hecho de que el médico espera que el tratamiento lo ayude es lo que define la MMI. El resultado real del tratamiento no es relevante para la pregunta sobre su MMI.

¿Por qué es tan importante esta distinción? Porque muchos médicos buscan hacia atrás con la MMI. Esto significa que están eligiendo un día en el pasado para decir que llegó a su MMI. Cuando esto sucede, sus beneficios se cortan inmediatamente y es posible que ni siquiera se le adeuden beneficios por su incapacidad permanente.

Una nota final sobre la MMI. Si han pasado dos años desde el octavo día que perdió su trabajo, entonces por ley usted ha alcanzado su MMI. Esto se llama MMI legal. Cuando la Legislatura redactó el estatuto, escogieron un período de dos años para que los trabajadores lesionados califiquen para recibir salarios perdidos. Una vez que alcanza los dos años, se lo coloca automáticamente en MMI y obtiene una calificación de Discapacidad.

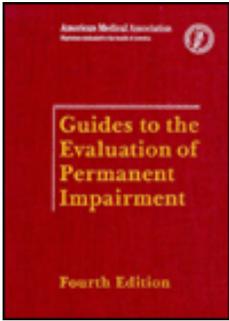
## CONSEJOS PROFESIONALES

En el examen de calificación de deterioro:

- No exagere sus síntomas
- Dé todo el esfuerzo posible en todas las pruebas
- Tenga en cuenta que está vigilado desde el estacionamiento a la oficina y de vuelta al estacionamiento
- Conozca su plan de tratamiento actual y explíquelo al médico

## Calificación por Discapacidad

Una calificación de Discapacidad es una medida de la incapacidad permanente de su cuerpo como resultado de sus lesiones laborales. Está certificada cuando usted alcanza su MMI, y se supone que se basa en su condición en la fecha de MMI. La ley exige que las calificaciones de Discapacidad se basen en la 4ª Edición de Las Guías de AMA para la evaluación de la discapacidad permanente, un libro publicado por la Asociación Médica Estadounidense. El médico que certifica su calificación de discapacidad debe hacer un examen físico y revisar sus registros médicos.



Para la mayoría de las articulaciones, la calificación de Discapacidad se basa en la pérdida de rango de movimiento y el tipo de cirugía que pueda haber tenido. Para las lesiones de cuello y espalda baja, el libro proporciona Discapacidad Permanente según su diagnóstico o el tipo de síntomas que pudo haber tenido durante su reclamo. Por ejemplo, si ha tenido espasmos musculares en la espalda como resultado de su lesión, entonces debe recibir una calificación de Discapacidad del 5%. Si tiene una pérdida de reflejos o atrofia debido a su cuello o lesión de la espalda baja, entonces

puede calificar para obtener una calificación de Discapacidad más alta.

## **La Regla De Los Noventa Días: Una Fecha Límite Para Las Disputas De Clasificación de Discapacidad**

Al igual que en muchas áreas de la ley, el sistema de Compensación para Trabajadores de Texas tiene fechas límite estrictas. Tiene una cantidad limitada de tiempo para reportar su lesión a su empleador o presentar un reclamo ante la División de Compensación para Trabajadores, y usted solo tiene 90 días para disputar una certificación de MMI y calificación de Discapacidad.

El período de noventa días para presentar una disputa sobre su calificación de Discapacidad comienza el día en que usted recibe una copia de la certificación por "medios verificables". Los medios verificables se refieren a una forma de probar que recibió el informe. Esto se puede ser a través de un recibo de correo certificado, fax o verificación de correo electrónico, o con su testimonio de que lo recibió en una fecha determinada. Si nadie puede probar cuándo recibió una copia del informe, entonces nadie puede decir que usted no impugnó su calificación de Discapacidad antes del final del período de plazo.

Si no disputa su primera calificación de Discapacidad al final del período de noventa días, esa calificación de Discapacidad se convertirá en su calificación final de Discapacidad. Su capacidad para disputarlo en ese punto se vuelve mucho más difícil. Antes de que venza el plazo, con solo presentar una disputa evita que la calificación se vuelva definitiva y los perjudique. Perder el plazo significa que la única forma de evitarlo es demostrar que cumple una excepción a la regla.

## Excepciones A La Regla De Los 90 Días

La primera excepción a la regla de los noventa días es cuando recibió atención médica inadecuada o impropia. Si hay evidencia médica contundente de que usted tuvo atención médica inadecuada o impropia antes de la fecha de MMI que le asignaron, entonces tiene la posibilidad de evadir la regla de los noventa días. El hecho de que aún no se haya recuperado completamente no es evidencia de tratamiento médico inadecuado. No recibir el tratamiento médico recomendado por ODG podría ser evidencia de atención médica inadecuada.

La segunda excepción es cuando tiene un diagnóstico equivocado o desarrolla una condición médica previamente no diagnosticada. Un ejemplo de esto sería cuando se realiza una resonancia magnética después del examen de evaluación de la discapacidad y el mismo muestra que usted tiene una lesión grave que los médicos aún no habían diagnosticado.

La última excepción es cuando el médico comete un error significativo al aplicar las Guías AMA, que es el libro que se usa para determinar su calificación de Discapacidad. Cuando el médico comete un error o utiliza los métodos incorrectos para determinar su calificación de Discapacidad, usted puede presentar una disputa incluso si no cumplió con la fecha límite.

Estas son las únicas tres excepciones a la regla. Entonces, puede ver cuán importante es presentar una disputa a tiempo. Pero si no sabía acerca de la fecha límite, vea si una de estas excepciones funcionará para sacarlo de la clasificación de Discapacidad incorrecta.

### CONSEJOS PROFESIONALES

En el examen de calificación de deterioro:

- No rechace la entrega del correo certificado del informe de calificación de deterioro
- Hable con su médico acerca de la calificación de deterioro para ver si hay alguna razón para cuestionar el MMI o la certificación de deterioro
- Si no cumple el plazo para presentar una disputa, considere excepciones a la regla

## **Cómo Disputar Una Calificación De Discapacidad**

Hay dos maneras de disputar una calificación de Discapacidad: una es solicitar un médico designado, y la segunda es solicitar una conferencia de revisión de beneficios. La parte difícil es descubrir qué método usar y cuándo usarlo.

Primero, debe determinar si la División de Compensación para Trabajadores ha designado o no a un médico designado en su reclamo. Un médico designado es un médico designado por el estado a quien se le puede pedir que determine su calificación de Discapacidad, o se le puede haber pedido que determine su capacidad de trabajo, el alcance de su lesión, etc. Si un médico designado ha sido asignado a su caso, la única forma en que puede disputar la primera calificación de Discapacidad es solicitando una conferencia de revisión de beneficios.

### **Beneficios de Ingresos por Discapacidad**

Cuando recibe una calificación de Discapacidad, se le deben pagar los beneficios de ingresos por Discapacidad (IIB) si tiene una Discapacidad permanente. Los beneficios de ingresos por Discapacidad comienzan en la fecha seleccionada para ser su fecha de MMI. Se le deben pagar tres semanas de beneficios por cada porcentaje de incapacidad que le otorgaron.

Por lo tanto, si obtuvo una calificación de Discapacidad del 5%, se le deben pagar 15 semanas de IIB.

Cuando le pagan IIB, debería recibir el 70% de su salario semanal promedio. Sin embargo, estos beneficios actualmente tienen un límite de \$ 639.00. Una vez que se pagan los IIB, ese será el final de sus beneficios monetarios a menos que obtenga al menos una calificación de Discapacidad del 15%.



## Conferencia De Revisión De Beneficios (BRC)

Una BRC es una audiencia informal entre las partes para ver si los asuntos en disputa se pueden resolver sin una audiencia formal. Un Oficial de Revisión de Beneficios (BRO) conduce la audiencia que puede durar hasta 45 minutos. Las partes generalmente están sentadas alrededor de una mesa. Sin embargo, pueden solicitar una reunión privada con el BRO o con su representante.

El BRO presentará a las partes y luego les permitirá a las partes expresar sus posiciones y hacer preguntas para ayudarlas a llegar a una resolución. Puede haber cuatro resultados posibles:

1. Resolución, las partes firman un DWC-24 (Acuerdo de disputa de beneficios), que resuelve los problemas en disputa;
2. Las partes establecen los problemas para una audiencia de caso de disputa de beneficios (CCH, por sus siglas en inglés), para que un juez determine los problemas;
3. Restablecer el BRC (máximo de dos BRC), para permitir a las partes la oportunidad de desarrollar aún más su evidencia;
4. Retirar el problema disputado..

### CONSEJOS PROFESIONALES

- Asegúrese de que tiene todas las pruebas que necesita para el momento de asistir al BRC
- Si tiene un abogado, tenga su discusión antes de estar en el BRC. No desea compartir información que pueda dañar su caso durante la audiencia.
- Sólo tienes 15 días para intercambiar tus pruebas después del BRC si estableces una fecha para un CCH

## Beneficio de Audiencia de Caso Impugnado (CCH)

El CCH es un juicio administrativo. Un juez de derecho administrativo (ALJ) preside la audiencia. Las audiencias están programadas para durar hasta dos horas. Sin embargo, si no se completa dentro de ese tiempo, la audiencia se puede restablecer para que finalice en una fecha futura.

Las partes deben traer copias de sus pruebas para la otra parte y el ALJ. Después de que las pruebas sean admitidas como evidencia, la parte con la carga de la prueba puede proporcionar su declaración de apertura. La otra parte puede entonces dar su declaración inicial o esperar hasta su caso principal.

A posterior, la parte con la carga puede llamar a sus testigos. Una vez que sus testigos hayan terminado, la otra parte inicia su caso y puede llamar a testigos para respaldar su posición. Por lo general, el trabajador lesionado va primero y la compañía de seguros ocupa el segundo lugar.

Luego de que ambas partes hayan terminado con sus testigos, las partes dan declaraciones finales al ALJ. La declaración final debe explicar cómo la evidencia respalda su posición. El ALJ escribirá una Decisión y orden después de leer toda la evidencia y revisar el testimonio de los testigos. La decisión y el pedido, por lo general, toman alrededor de dos semanas antes de ser recibidos por las partes.

### CONSEJOS PROFESIONALES

- Conoce los problemas que están en disputa y mantente sobre el tema. La ALJ escucha hasta tres casos al día. Que recuerden su evidencia y no otros temas
- Señale en sus registros los informes que ayudan a establecer su posición



## **Apelación**

El paso final del proceso administrativo es apelar la Decisión y el Pedido a la División del Panel de Apelaciones de Compensación para Trabajadores. La apelación se hace por escrito y no hay testimonio ni argumento en vivo.

La parte que apela la Decisión y el Pedido debe enviar copias tanto al Panel de Apelaciones como a la otra parte explicando cómo el ALJ se equivocó al tomar su decisión. La otra parte tiene la oportunidad de dar una respuesta por escrito.

Una apelación es efectiva si el ALJ comete un error al aplicar la ley. Los argumentos atractivos sobre los hechos del caso no darán lugar a una revocación. Esto se debe a que el ALJ es el único juez de los hechos. Esto significa que solo el ALJ puede evaluar la evidencia y decidir la verdad sobre lo que sucedió o qué creer acerca de la evidencia médica. El Panel de Apelaciones busca asegurarse de que la ley se aplicó correctamente a los hechos decididos por el ALJ.

El Panel de Apelaciones puede revertir la Decisión y Orden del ALJ y presentar una nueva, revertir la Decisión y el Pedido y devolver el caso al ALJ para que tome una nueva Decisión siguiendo sus instrucciones, puede afirmar la Decisión y el Pedido del ALJ, o puede que deje que la decisión y el orden se conviertan en definitivos por ley.

## CAPÍTULO 10

# Otros beneficios

Como se explicó en capítulos anteriores, aparte de los beneficios médicos, los beneficios más comunes son los Beneficios de Ingresos Temporales (TIB) pagados por salarios perdidos antes del hallazgo de Máxima Mejoría Médica (MMI) y Beneficios de Ingresos por Incapacidad (IIB) que se pagan con el la Clasificación de Discapacidad (IR). Sin embargo, hay otros beneficios que los trabajadores lesionados pueden perseguir dependiendo de las circunstancias y el nivel de su lesión.

## **Beneficios De Ingresos Suplementarios**

Los trabajadores lesionados que reciben al menos un 15% de IR son elegibles para buscar Beneficios de Ingreso Suplementario (SIB). El propósito de los SIB es proporcionar un complemento a los trabajadores más lesionados mientras intentan regresar al mercado laboral. Muchos no pueden regresar al mismo tipo de empleo y necesitan ser entrenados en otra profesión.

Los SIB comienzan cuando los IIB están completamente pagados. Los SIB se revisan trimestralmente y se pagan mensualmente. El trimestre anterior se revisa para determinar el trimestre actual. Mientras el trabajador lesionado se mantenga elegible, puede recibir SIB por hasta 401 semanas a partir de la fecha de la lesión.

Una solicitud (formulario DWC-52) se envía 14 días antes del comienzo de un trimestre. El primer trimestre lo determina la División de Compensación para Trabajadores (DWC). Todos los trimestres posteriores son determinados por la compañía de seguros. Cualquiera de las partes puede disputar una determinación de titularidad mediante la solicitud de una Conferencia de Revisión de Beneficios (BRC) dentro de los 10 días de recibida la notificación de una determinación.

Para calificar para SIB, un trabajador lesionado debe demostrar que:

1. tener un IR de 15% o más;
2. no haber sido elegido para conmutar una parte de los IIB bajo la Sección 408.128 (recibido un pago a tanto alzado);
3. no haber regresado al trabajo o haber regresado al trabajo, ganando menos del 80% de su salario anterior a la lesión como resultado directo de su Discapacidad permanente;
4. haber completado y presentado un DWC-52; y
5. no haber perdido permanentemente el derecho a los SIB.

Cada trimestre se mira por separado de los otros trimestres. Hay dos determinaciones al determinar el trimestre: derecho y responsabilidad.

Derecho: un trabajador lesionado tiene derecho a un trimestre de SIB si cumple uno de los siguientes criterios:

1. Haber regresado al trabajo en una posición acorde con la capacidad de trabajo del IW y ganar menos del 80% de su salario anterior a la lesión;
2. Haber participado activamente en un Programa de Rehabilitación Vocacional como se define en la Sección 130.101;
3. Haber participado activamente en los esfuerzos de búsqueda de trabajo realizados a través de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC);
4. or Haber realizado esfuerzos activos de búsqueda de trabajo documentados por las solicitudes de empleo; o
5. No haber podido realizar ningún tipo de trabajo en ninguna capacidad. En este caso, el trabajador lesionado debe proporcionar un informe narrativo de un médico que explique específicamente cómo la lesión causa una incapacidad total para trabajar, y no debe haber ningún otro

#### CONSEJOS PROFESIONALES

- Asegúrese de que su Programa de Rehabilitación Profesional se realiza a través del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARs, por sus siglas en inglés) para calificar más fácilmente.
- Incluso si no puede trabajar en la mayoría de los puestos de trabajo, realice al menos el número mínimo de contactos requerido por el TWC para calificar para el desempleo en el condado en el que reside.
- Haga sus contactos de trabajo en línea. Si lo hace a través de un servicio, tendrá copias de las fechas y empleadores.
- Mantenga un buen registro de todos sus esfuerzos.
- Si nada más parece funcionar, empieza tu propio negocio.

registro que demuestre que el trabajador lesionado puede regresar al trabajo.



**TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE**  
**Division of Workers' Compensation (MS-603)**  
 7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744-1645  
 (800) 252-7031 | F: (512) 804-4378 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

Please complete, if known:

DWC Number  
 Carrier Claim Number

Send first quarter SIBs applications to the TDI-DWC field office handling your claim. Send applications for all other quarters to the insurance carrier.

**APPLICATION FOR SUPPLEMENTAL INCOME BENEFITS (DWC Form-052)**

**SECTION 1: EMPLOYEE INFORMATION**

1. Employee's Name (Last, First, M.I.)		2. Social Security Number (last 4 digits) XXX-XX-	3. Telephone Number
4. Mailing Address (Street or P.O. Box, City, State, Zip Code)			5. Date of Injury
6. Current Treating Doctor's Name		7. Current Treating Doctor's Telephone Number	

**SECTION 2: EMPLOYER / INSURANCE CARRIER INFORMATION**

8. Employer's Name	9. Insurance Carrier's Name	
10. Adjuster's Name	11. Adjuster's Telephone Number	Extension

**SECTION 3: SIBs QUALIFYING INFORMATION**

12. Impairment Rating	13. Date of Maximum Medical Improvement
14. Quarter Number	15. Filing Deadline
16. Dates of Quarter	Beginning: Ending:
17. Dates of Qualifying Period	Beginning: Ending:
18. County of Residence:	19. Number of minimum weekly work search efforts for your county of residence:

**SECTION 4: WORK SEARCH ACTIVITIES FOR THE QUALIFYING PERIOD**

To further document work searches, use the "Detailed Job Search / Employer Contact Log" on page 5 of this form.

Week Number	Check All That Apply		Notes and Type of Documentation Attached (see instructions)
<b>Sample</b>	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input checked="" type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input checked="" type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted <u>  3  </u>	Copy of my rehab plan from ABC Therapy; copies of three job applications Two jobs found with assistance from staff at Workforce Dev't office, one job vacancy I found in the newspaper
1	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted <u>      </u>	
2	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted <u>      </u>	
3	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted <u>      </u>	
4	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted <u>      </u>	

## **Beneficios De Ingresos De Por Vida**

Los trabajadores lesionados con lesiones extremas pueden calificar para los beneficios de ingresos de por vida (LIBS). Se determina una fecha desde la que el trabajador lesionado tiene derecho a LIBS y luego el trabajador recibe el 75% de su salario anterior a la lesión con un aumento del 3% cada año.

Los beneficios de ingresos de por vida se pagan hasta la muerte del empleado por:

1. pérdida total y permanente de la vista en ambos ojos;
2. pérdida de ambos pies en o por encima del tobillo;
3. pérdida de ambas manos en o encima de la muñeca;
4. pérdida de un pie en el tobillo o por encima de él y pérdida de una mano en la muñeca o por encima de ella;
5. una lesión en la columna vertebral que produzca una parálisis permanente y completa de ambos brazos, ambas piernas, o un brazo y una pierna;
6. por una lesión compensable que ocurrió en o después del 1 de septiembre de 1997, una lesión físicamente traumática en el cerebro que resulta en locura incurable o imbecilidad (para lesiones indemnizables que ocurrieron antes del 1 de septiembre de 1997, debe haber habido una lesión real en el cráneo que resultó en locura incurable o imbecilidad); o
7. por una lesión compensable que ocurrió en o después del 17 de junio de 2001, quemaduras de tercer grado que cubren al menos el 40 por ciento del cuerpo y requieren injertos, o quemaduras de tercer grado que cubren la mayoría de ambas manos o una mano y la cara.

Incluso si el trabajador lesionado se recupera y puede trabajar, las LIB se pagan de por vida. Los aseguradores están tratando de desafiar esta determinación, así que esté consciente de ello.

## **Beneficios Por Muerte**

Si un trabajador resulta muerto en el curso y alcance del empleo. O muere como resultado de su lesión indemnizable, sus dependientes tienen derecho a los beneficios del beneficiario. El monto del beneficio es igual al 75% del salario promedio semanal del trabajador fallecido (AWW).

Las siguientes partes pueden ser determinadas como dependientes del trabajador fallecido:

### **Esposa**

El cónyuge sobreviviente del trabajador fallecido tiene derecho a recibir beneficios por fallecimiento a menos que:

1. el cónyuge sobreviviente haya abandonado al trabajador fallecido
2. sin una buena causa
3. por mas de un año proximo pasado a la muerte del trabajador.

Los tres elementos deben cumplirse antes de que se le puedan negar beneficios de muerte a un cónyuge. Un ALJ también puede determinar que existió un matrimonio de hecho entre el trabajador fallecido y el dependiente.

### **Niños**

Un niño es un hijo o una hija, un niño adoptado o un hijastro dependiente del trabajador fallecido. El término "niño" también incluye a un niño que fue concebido pero no nacido en el momento de la muerte del trabajador.

Para que un niño seas elegible para recibir beneficios por fallecimiento debe pertenecer a una de estas tres categorías:

1. ser un menor en el momento de la muerte del trabajador;
2. ser un estudiante de tiempo completo que asiste a una institución educativa acreditada menor de 25 años; o
3. ser un dependiente del trabajo fallecido en el momento de la muerte del trabajador..

### **Nieto**

El nieto de un trabajador fallecido tiene derecho a recibir los beneficios por fallecimiento si el nieto era un dependiente del trabajador en el momento de la muerte a menos que el propio padre del nieto sea elegible para recibir los beneficios. Un individuo que reclama beneficios debe presentar prueba de relación y evidencia de una dependencia del trabajador fallecido.

## **Padre**

Si no hay ningún cónyuge, un hijo, nieto ni dependientes elegibles del empleado fallecido que sean padres, hermanos o abuelos del empleado fallecido, los beneficios por muerte se pagarán en partes iguales a la madre o padre del empleado fallecido, incluyendo un padre adoptivo o padrastro o madrastra, pero no un padre cuyos derechos parentales hayan sido rescindidos.

## **Reclamos De Terceras Partes**

Cuando un empleador tiene seguro de compensación para trabajadores, el empleador no es responsable de los daños ocasionados por su negligencia o la negligencia de sus agentes o empleados. Sin embargo, si la lesión ocurrió como resultado de otra persona o compañía, el trabajador lesionado puede tener un reclamo por daños y perjuicios contra un tercero.

Un ejemplo de reclamo contra un tercero sería un accidente automovilístico en el trabajo. Por ejemplo, si usted es un plomero y tiene un accidente en el camino a la casa de un cliente porque alguien pasó la luz roja y lo golpea, entonces tiene un reclamo de compensación de trabajadores y un reclamo de terceros contra el conductor negligente de el vehículo que lo golpeó

El reclamo contra terceros se maneja como cualquier otro reclamo por daños y perjuicios. La División de Compensación para Trabajadores no tiene jurisdicción sobre el reclamo contra un tercero, a excepción que la compañía de seguros de compensación para trabajadores tendrá un derecho de subrogación.

El gravamen de subrogación se aplica a los ingresos netos de los trabajadores lesionados para que se les reembolse el monto que han pagado en concepto de beneficios (incluidos los beneficios médicos). La compañía de seguros tampoco adeuda ningún beneficio futuro hasta que los beneficios sean iguales a la recuperación neta de los trabajadores lesionados.

Esto significa que cuando entable un reclamo contra un tercero, tendrá que devolverle la indemnización a la

### CONSEJOS PROFESIONALES

- Las reclamaciones de terceros suelen surgir de lugares en los que varias empresas trabajan en el mismo lugar, accidentes de vehículos de motor o utilizan maquinaria o equipo defectuoso
- Coordina con tu abogado de trabajadores para obtener los mejores resultados de tu reclamación de terceros
- Utilice la compañía de seguros de compensación de trabajadores para ayudar a aumentar el valor de su reclamación de terceros
- También utilice el transportista para ayudar a compartir en su litigio y los costes de expertos
- Siempre trate de negociar el gravamen de subrogación

compañía de seguros de compensación para trabajadores, y esa compañía de seguros podrá dejar de pagarle su reclamo hasta que agote el dinero que recibió del acuerdo de terceros tanto de sus salarios perdidos o tratamiento médico.

## Negligencia Grave Con Resultado De Muerte

La única vez que el empleador asegurado no está protegido contra reclamos por negligencia es cuando las lesiones ocurren como resultado de la negligencia grave de los empleadores que resulta en la muerte de los trabajadores lesionados.

El Código Laboral de Texas define la Negligencia Grave como un acto u omisión:

1. que, visto objetivamente desde el punto de vista del actor en el momento de su ocurrencia, implica un grado extremo de riesgo, considerando la probabilidad y magnitud del daño potencial a otros; y
2. de los cuales el actor tiene una conciencia real y subjetiva del riesgo involucrado, pero sin embargo procede con indiferencia consciente hacia los derechos, la seguridad o el bienestar de los demás.

A diferencia de los reclamos contra terceros, la compañía de seguros no obtiene un derecho de subrogación contra reclamaciones por negligencia grave con resultado de muerte. El reclamo es independiente del reclamo de compensación laboral y no se ve afectado por las determinaciones de indemnización.

### CONSEJOS PROFESIONALES

- El plazo para presentar una reclamación por negligencia grave es diferente del de la reclamación de indemnización de los trabajadores. La mayoría de las acciones extracontractuales en Texas tienen un plazo de prescripción de dos años. Sin embargo, dependiendo del empleador, el tiempo puede variar.
- Si su ser querido murió por negligencia grave de una empresa, consulte inmediatamente a un abogado para proteger su derecho a reclamar.

## **COMPENSACION Y SEGURO SOCIAL POR DISCAPACIDAD PARA TRABAJADORES**

Si no ha podido regresar al trabajo luego de su lesión en el trabajo, siempre hay un temor al acecho sobre lo que sucede después de que se agoten los beneficios de compensación laboral. Si ha estado fuera del trabajo durante un año o espera estar sin trabajar durante un año, entonces puede ser elegible para los beneficios por discapacidad del seguro social, a menudo conocidos como SSI o SSDI.

Existen algunos requisitos que debe cumplir para obtener la seguridad social por discapacidad. Aquí están:

1. Debe tener 65 años o menos cuando sufra su incapacidad.
2. Debe haber trabajado 5 de los últimos 10 años.
3. Tendrá que demostrar que tiene una condición mental o física que le impide realizar una "actividad sustancial y lucrativa", lo que significa que tiene una capacidad muy limitada para trabajar y ganar un salario.
4. No debe poder hacer el tipo de trabajo que ha realizado durante los últimos 15 años.
5. No debe poder realizar el nivel de demanda física de trabajo que su edad y circunstancias demandan.
6. Su incapacidad para trabajar debe durar al menos un año, o debe haber una expectativa de que su incapacidad para trabajar continuará durante al menos un año.

En demasiados casos, las compañías de seguros de compensación laboral niegan sus responsabilidades a los trabajadores lesionados. Como resultado, los trabajadores lesionados no reciben el tratamiento adecuado para recuperarse de sus lesiones y regresar al trabajo. Y luego, cuando se agota el dinero de la compensación de los trabajadores, ¿cómo se supone que debe sobrevivir? A menudo, puede calificar para los beneficios por de seguridad social por discapacidad.

## 451 - Despido Injusto

La ley de Texas protege a los trabajadores que se lastimen y deban presentar un reclamo de compensación laboral. Esa ley prohíbe que su empleador lo despidiera solo porque usted presenta un reclamo de compensación laboral. La ley firma:

Un empleador de trabajadores lesionado no puede despedir ni discriminar de ninguna otra manera a un empleado si el empleado:

1. presentó un reclamo de compensación para trabajadores de buena fe;
2. contrató a un abogado para representar al empleado en un reclamo;
3. instituyó o hizo que se instituya de buena fe un procedimiento de compensación laboral; o
4. testificó o está a punto de testificar en un procedimiento de indemnización laboral.

El reclamo 451 se presenta contra el empleador que puede tener que reincorporar al trabajador lesionado a su puesto anterior y pagar daños y perjuicios por cualquier daño causado al trabajador lesionado..



## CAPÍTULO 11

### **Disputa de honorarios médicos**

Generalmente, una disputa por honorarios médicos será iniciada por uno de sus médicos. Esto ocurre porque la compañía de seguros no ha pagado una de sus facturas por el tratamiento. Cuando esto sucede, el médico puede solicitar a la División que revise el tratamiento proporcionado, la factura y el motivo de la denegación, y que emita una decisión que resuelva la disputa con la compañía de seguros. Cualquiera de las partes puede apelar esa decisión a través de una Conferencia de Revisión de Beneficios y un juicio administrativo en la Oficina Estatal de Audiencias Administrativas.

### **Negación de Pre-autorizaciones**

La compañía aseguradora paga directamente el tratamiento médico en el sistema de Compensación para Trabajadores de Texas a su proveedor médico. Como se discutió anteriormente, hay reclamos de red y no incluidos en la red. Para los reclamos que no pertenecen a la red, el Estado determina qué tipos de tratamiento y estudios de diagnóstico se pueden realizar sin autorización previa y cuáles requieren preautorización. En un reclamo de la red, la red determina qué tipo de tratamiento requiere preautorización.

Para obtener una pre-autorización, el proveedor médico enviará una solicitud a la compañía de seguros. La aseguradora hará que la solicitud sea revisada por su agente de revisión de utilización (URA). Si la compañía de seguros niega esa solicitud, su proveedor médico puede apelar esa decisión presentando una solicitud de reconsideración dentro de los 15 días de recibida la denegación por parte de la compañía de seguros.

Si la compañía de seguros mantiene su rechazo después de una segunda revisión, usted o su proveedor médico pueden apelar esta decisión nuevamente. Sin embargo, esta vez, la compañía de seguros le quita la decisión y pasa a través de una organización de revisión independiente (IRO). Esta apelación se realiza a través de la Oficina de Control de Calidad de Cuidados Administrados, en el Departamento de Seguros de Texas.

A más tardar 45 días calendario luego de recibir la denegación de la reconsideración, usted o su proveedor de atención médica pueden enviar la solicitud de una revisión de la disputa por parte de la IRO. Luego, el asegurador o su URA envía una solicitud de asignación a una IRO.

Cuando recibe la segunda denegación de pre-autorización por parte de la compañía de seguros, hay un formulario al dorso de esa disputa que es la solicitud de una IRO. Hay una anotación en la carta de disputa, generalmente oculta en los párrafos de información que no significan nada, que le indica dónde debe enviarse la solicitud de una IRO.

La IRO recibe toda la documentación relevante de la compañía de seguros, junto con la solicitud de IRO que usted o su médico presentan. Puede esperar una decisión en 20 a 30 días, dependiendo del tipo de disputa de pre-autorización que se presente. Para aquellos con condiciones que amenazan la vida, la decisión de la IRO debe ser dentro de 8 días.

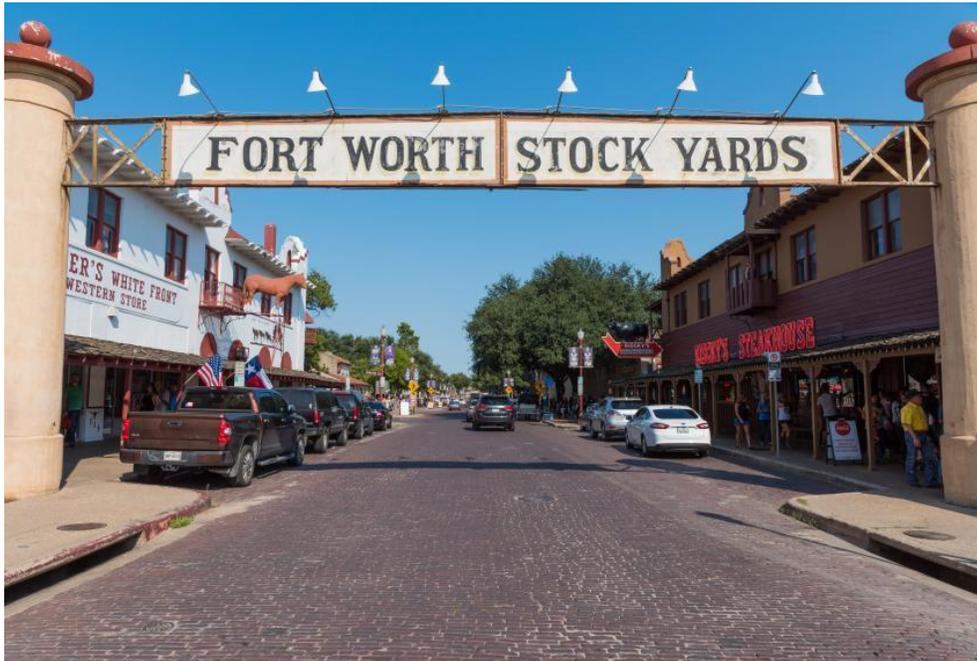
Una vez la IRO emite su decisión, todas las partes deben acatar la misma. Cualquiera de las partes puede apelar la decisión de la IRO al solicitar una audiencia de caso impugnada sobre la necesidad médica del tratamiento propuesto. La solicitud de un CCH debe presentarse al Secretario Principal de Procedimientos, por escrito, a más tardar 20 días después de que se envíe la decisión de IRO a las partes. Esta será una audiencia ante un juez de derecho administrativo para determinar si se puede solicitar el tratamiento o no. Necesitará la ayuda de su médico para probar que necesita el tratamiento solicitado; después de todo, es quien lo ordenó.

#### CONSEJOS PROFESIONALES

- Un empleado con una condición que ponga en peligro su vida tiene derecho a una revisión inmediata por parte de un IRO y no está obligado a cumplir los procedimientos de reconsideración
- Si los registros se solicitan a un proveedor de atención médica que no es parte en la disputa, el transportista debe reembolsar los gastos de copia de los registros solicitados.
- Si el transportista utilizó un informe de revisión por homólogos como base para su denegación, pero el IRO determina que existe necesidad médica, el transportista no puede utilizar el informe de revisión por homólogos para denegar en el futuro la necesidad médica de los mismos servicios de atención médica por esa lesión resarcible.

## Conclusión

Como se explica a lo largo de esta guía, las leyes de compensación laboral en Texas están en constante cambio. Lo que puede ser una buena ley hoy, puede que ya no sea válida en un futuro cercano. Nuestro firme consejo es que cualquier persona que haya sufrido una lesión relacionada laboral al menos consulte con un abogado para comprender todos sus derechos y los diferentes reclamos que puede presentar.



APÉNDICE

## DWC Offices

**Division of Workers'  
Compensation Central Office**

7551 Metro Center Drive, Suite 100  
Austin, TX, 78744-1645  
800-252-703

### **Abilene**

1290 S. Willis, Suite 102  
Abilene, TX 79605-4064  
800-252-7031 325-695-9789

### **Austin**

7551 Metro Center Drive,  
Suite 100, MS – 301  
Austin, Texas 78744-1645  
800-252-7031 512-928-4875

### **Corpus Christi**

5155 Flynn Parkway, Suite 218  
Corpus Christi, TX 78411-4316  
800-252-7031 361-881-8631

### **Denton**

Dallas Dr. Tech Center  
625 Dallas Dr., Suite 475  
Denton, TX 76205-5299  
800-252-7031 940-380-1408

### **Amarillo**

7112 IH-40, West, Bldg. D  
Amarillo, TX 79106-2503  
800-252-7031 806-351-1444

### **Beaumont**

Concord Square Office Park  
6430 Concord Rd.  
Beaumont, TX 77708-4315  
800-252-7031 409-899-5207

### **Dallas**

1515 W. Mockingbird Lane, Suite 100  
Dallas, TX 75235-5078  
800-252-7031 214-350-3750

### **El Paso**

El Paso State Office Building  
401 East Franklin Avenue, Ste 330  
El Paso, TX 79901-1250  
800-252-7031 915-351-5272

**Fort Worth**

Walton Building  
6900 Anderson Blvd., Suite 200  
Fort Worth, TX 76120-3030  
800-252-7031 817-446-5060

**Houston West**

350 N. Sam Houston Pkwy. E. Ste. 110  
Houston, TX 77060-3318  
800-252-7031 281-272-1089

**Lubbock**

22 Briercroft Office Park, Suite A  
Lubbock, TX 79412-3089  
800-252-7031 806-740-0092

**Midland/Odessa**

Executive Office Park  
4500 West Illinois Avenue, Suite 315  
Midland, TX 79703-5486  
800-252-7031 432-699-7309

**San Antonio**

The Brownwood Building  
4440 S Piedras Drive, Suite 205  
San Antonio, Texas 78228-1217  
800-252-7031 210-593-0062

**Waco**

Raleigh Building  
801 Austin Ave., Suite 840  
Waco, TX 76701-1937  
800-252-7031 254-755-7499

**Houston East**

Elias Ramirez Building  
5425 Polk Street, Suite 130  
Houston, TX 77023-1454  
800-252-7031 713-514-0713

**Laredo**

500 E Mann Road, Suite B2  
Laredo, TX 78041-2630  
800-252-7031 956-725-8771

**Lufkin**

310 Harmony Hill Drive, Suite 100  
Lufkin, TX 75901-5953  
800-252-7031 936-639-6406

**San Angelo**

State of Texas Services Center  
622 S. Oakes, Suite M  
San Angelo, TX 76903-7035  
800-252-7031 325-659-8536

**Tyler**

3800 Paluxy Drive, Suite 570  
Tyler, TX 75703-1665  
800-252-7031 903-534-5276

**Weslaco**

1108 West Pike Blvd.  
Weslaco, TX 78596-4651  
800-252-7031 956-447-4775

**Un Defensor del Pueblo lesionado contrató a los abogados del Ministerio de Justicia y dijo lo siguiente:**

Yo era un Defensor del Pueblo que sufrió una lesión en la cabeza mientras trabajaba. Después de investigar a varios abogados, sentí que MLF Legal tenía la mejor experiencia y historial para ayudarme a ganar mi caso. ¡Tenía razón!

No tenía adónde ir, excepto un abogado, y estoy completamente seguro de que elegí al mejor para representarme. Cuando comencé mi disputa, ni siquiera tenía un médico que me ayudara con mi disputa y a través de un esfuerzo concertado, MLF Legal fue capaz de ayudarme a ver a cuatro médicos que todos apoyaban mi posición. Aunque no se garantiza ningún caso, como anterior Defensor del Pueblo sé que las pruebas médicas son una pieza crítica del rompecabezas para garantizar un resultado positivo. Con su ayuda, pude ver a médicos que proporcionaron opiniones profesionales e imparciales y finalmente recibí la victoria.

En mi caso concreto, fue necesario proceder a una Audiencia de Casos Contestados, que requiere mucho tiempo y es difícil de organizar. Sin embargo, los abogados del MLF Legal estaban a mi lado en cada paso del camino. Nunca me sentí sola. Si alguna vez tuviera alguna pregunta o preocupación, aceptarían mis llamadas. No puedo decir lo suficiente sobre cómo el MLF Legal fue más allá de lo que hubiera esperado de un abogado para ayudarme durante todo el proceso de disputa. Son abogados amables, compasivos, pero altamente educados y muy bien informados con respecto al sistema de compensación de trabajadores. Este es un proceso complicado y, como Defensor del Pueblo anterior, soy plenamente consciente de todas las complejidades y detalles que implica preparar y preparar un caso para presentarlo a un Juez de Derecho Administrativo que, en última instancia, tiene la clave para su victoria o derrota. Nunca me arrepiento de haber contratado a MLF Legal.

Gracias a MLF Legal, actualmente me pagan las prestaciones que antes me habían sido denegadas, todo gracias a mis abogados, y puedo esperar que continúen los pagos semanales mientras prosigo con mi rehabilitación que sólo fue posible gracias a MLF Legal. Nunca podré expresar el agradecimiento que tengo por su asistencia y representación. Sin vacilar, recomiendo encarecidamente MLF Legal a cualquiera que necesite asistencia.

Valerie  
Anteriormente Defensor del Pueblo en la  
División de Compensación de los Trabajadores



Workers' Comp Lawyers Who Make A Difference

## **We Drive Cases Forward**

# **469-294-1777**

Free Consults (In office or by phone)

State-wide Representation

In-Network Doctor Referrals

Overturn Insurance Claim Denials

Maximize Weekly Benefits

Fight Designated Doctors

File For Social Security Disability

Email The Authors:

[askauthors@mlflegal.com](mailto:askauthors@mlflegal.com)

Principal Office in Dallas, TX

