



PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

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

Si desea presentar su formulario en línea usando su teléfono inteligente, tableta, computadora o para subir un archivo XML, visite www.tdi.texas.gov/wc/forms/onlinefiling.html

Elija una de las siguientes:

- Empleador no suscriptor** (un empleador que no proporciona cobertura de compensación para trabajadores)
- Empleador suscriptor** (el empleado rechazó la cobertura de seguro de compensación para trabajadores)

Parte 1. Información sobre el empleador

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



Parte 2. Información sobre el empleado lesionado

| | | | |
|---|--|---|---|
| 14. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido) | | 15. Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX) | 16. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| 17. Fecha de contratación (mm/dd/aaaa) | 18. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | 19. Ocupación | |
| 20. Salario por hora | 21. El código de NAICS de seis dígitos del trabajo del empleado al momento de la lesión o enfermedad El código ingresado debe estar enumerado en la Casilla 5. | | |
| 22. Raza e identificación étnica <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro (Especifique si es diferente a las opciones anteriores). | | | |
| 23. Dirección donde ocurrió la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal) | | | |
| 24. Lugar donde ocurrió la lesión o enfermedad <input type="checkbox"/> Ubicación principal del negocio <input type="checkbox"/> Ubicación del sitio de trabajo <input type="checkbox"/> Mientras viajaba entre locaciones de trabajo <input type="checkbox"/> Teletrabajo | | | |
| 25. Fecha de la lesión o enfermedad (mm/dd/aaaa) | | 26. Fecha en que fue reportada por el empleado (mm/dd/aaaa) | |
| 27. Fecha de regreso al trabajo (mm/dd/aaaa) | | <input type="checkbox"/> Fecha real o <input type="checkbox"/> Fecha prevista | |
| 28. Causa de la lesión que fue reportada (Ejemplos: esfuerzo excesivo causado por levantar o empujar objetos, resbalarse, tropezarse, caerse). | | | |
| 29. Naturaleza de la lesión o enfermedad (Ejemplos: cortaduras, quemaduras, moretones, fracturas, distensiones, torceduras, quemaduras químicas, dermatitis, asbestosis o silicosis. Para más de una lesión, enumere la lesión más grave). | | | |
| 30. Equipo involucrado en la lesión, si es que lo hay | | | |
| 31. Partes del cuerpo afectadas | | | |
| 32. Número de días de ausencia del trabajo, sin incluir el día de la lesión ni el día de regreso al trabajo: (continuos o intermitentes) | | | |
| 33. Primer día ausente del trabajo (mm/dd/aaaa) | 34. ¿Es una enfermedad relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 35. ¿Fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione la fecha de fallecimiento. | |
| 36. Describa lo que sucedió (Ejemplo: Me caí de una escalera y me quebré el brazo mientras pintaba una casa). | | | |



Información para otros empleados lesionados

📎 Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.

| | | |
|--|--|---|
| Nombre del negocio | Periodo del reporte (mm/yyyy) | FEIN |
| 14. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido) | 15. Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX) | 16. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| 17. Fecha de contratación (mm/dd/aaaa) | 18. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | 19. Ocupación |
| 20. Salario por hora | 21. El código de NAICS de seis dígitos del trabajo del empleado al momento de la lesión o enfermedad El código ingresado debe estar enumerado en la Casilla 5. | |
| 22. Raza e identificación étnica <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro (Especifique si es diferente a las opciones anteriores). | | |
| 23. Dirección donde ocurrió la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal) | | |
| 24. Lugar donde ocurrió la lesión o enfermedad <input type="checkbox"/> Ubicación principal del negocio <input type="checkbox"/> Ubicación del sitio de trabajo <input type="checkbox"/> Mientras viajaba entre locaciones de trabajo <input type="checkbox"/> Teletrabajo | | |
| 25. Fecha de la lesión o enfermedad (mm/dd/aaaa) | 26. Fecha en que fue reportada por el empleado (mm/dd/aaaa) | |
| 27. Fecha de regreso al trabajo (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> Fecha real o <input type="checkbox"/> Fecha prevista | | |
| 28. Causa de la lesión que fue reportada (Ejemplos: esfuerzo excesivo causado por levantar o empujar objetos, quedar atrapado, resbalarse, tropezarse, caerse). | | |
| 29. Naturaleza de la lesión o enfermedad (Ejemplos: cortaduras, quemaduras, moretones, fracturas, distensiones, torceduras, quemaduras químicas, dermatitis, asbestosis o silicosis. Para más de una lesión, enumere la lesión más grave). | | |
| 30. Equipo involucrado en la lesión, si es que lo hay | | |
| 31. Partes del cuerpo afectadas | | |
| 32. Número de días de ausencia del trabajo, sin incluir el día de la lesión ni el día de regreso al trabajo: (continuos o intermitentes) | | |
| 33. Primer día ausente del trabajo (mm/dd/aaaa) | 34. ¿Es una enfermedad relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 35. ¿Fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione la fecha de fallecimiento. |
| 36. Describa lo que sucedió (Ejemplo: Me caí de una escalera y me quebré el brazo mientras pintaba una casa). | | |



Preguntas Frecuentes

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

¿Quién debe usar este formulario?

Los empleadores que **no cuentan** con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, conocidos como no suscriptores (non-subscribers, por su nombre en inglés) y que **emplean a cinco o más empleados que no están exentos** de la cobertura de seguro de compensación para trabajadores deben de presentar el Formulario DWC-007S *Reporte del empleador para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo de los empleados sin cobertura*. Ejemplos de empleados exentos incluyen a ciertos trabajadores domésticos y ciertos trabajadores de granjas y ranchos.

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

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

Haga copias de la página tres del formulario tantas veces como sea necesario para reportar a más empleados lesionados.

¿Cuándo debo presentar el Formulario DWC-007S?

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

- Ocurrió una muerte relacionada con el trabajo;
- Un empleado estuvo ausente del trabajo por más de un día debido a una lesión en el trabajo; o
- El empleador tenía conocimiento de una enfermedad relacionada con el trabajo.

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

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

No, usted debe contestar todos los espacios en el formulario.

¿Dónde puedo encontrar más información sobre los códigos de NAICS?

Usted puede encontrar más información en la Oficina del Censo de los Estados Unidos (United States Census Bureau, por su nombre en inglés) en www.census.gov/naics.

¿A dónde envió este formulario?

- [Establezca un perfil en TXCOMP y suba los documentos.](#)
- **Fax:** 512-804-4146
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
Business Process Operations, MC BP-OPS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Tiene preguntas?

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

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

- Estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;

- Recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- Pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.