



BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 78680

Phone (512) 670-0430

APLICACIÓN DE EMPLEO

(Cuestionario Pre-Empleo)

UN EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

INFORMACION PERSONAL

LA FECHA: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

NOMBRE: _____

APELLIDO

NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN ACTUAL: _____

CALLE

APT#

CUIDADO

ESTADO

CODIGO POSTAL

DIRECCIÓN PERMANENTE: _____

CALLE

APT#

CUIDADO

ESTADO

CODIGO POSTAL

TELEFONO NO: _____ - _____ - _____ TIENE 18 AÑOS O MAS? Si: ____ No: ____

ERES UN CIUDANO DE LOS ESTADOS UNIDOS O UN EXTRANJERO AUTORIZADO A TRABAJAR EN LOS ESTADOS UNIDOS? Yes: ____ No: ____

EMPLEO DESEADO

EL PUESTO: _____ FETCHA QUE PUEDE COMENZAR: _____

SUELDO DESAEDO: \$ _____ / Hora

¿ESTÁ TRABAJANDO AHORA? (En caso afirmativo, ¿con quién?): _____

¿PODEMOS REQUERIR DE ESTE EMPLEADOR? Si: ____ No: ____

¿ALGUNA VEZ HAS APLICADO A ESTA COMPAÑÍA ANTES? Si: ____ No: ____

¿SI ES ASÍ, DONDE? _____ (DFW, Houston o Austin) ¿CUANDO? _____

EL TRABAJO DE CAMPO POR HORAS ES EL EMPLEO PARCIAL EN UN TRABAJO POR TRABAJO.

REGISTRO FÍSICO:

¿Tiene alguna limitación física que le impida realizar cualquier trabajo para el que está siendo considerado? Yes: ____ No: ____

En caso afirmativo, ¿qué se puede hacer para acomodar sus limitaciones? _____

Por favor describa:

Tenga en cuenta que todo el trabajo de campo requiere que los empleados se doblen durante largos periodos de tiempo y levanten pesas de más de 80 libras a lo largo del día.

En caso de emergencia notifique: _____ - _____ - _____

NOMBRE

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

Al firmar a continuación, acepta lo siguiente:

"CERTIFICO QUE LOS HECHOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y COMPLETOS EN LA MEDIDA DE MI CONOCIMIENTO Y ENTIENDO QUE, SI ESTÁN EMPLEADOS, LAS DECLARACIONES FALSIFICADAS EN ESTA APLICACIÓN SERÁN MOTIVOS DE DESPIDO.

AUTORIZO LA INVESTIGACIÓN DE TODAS LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO Y LAS REFERENCIAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE PARA DARLE CUALQUIER INFORMACIÓN SOBRE MI EMPLEO ANTERIOR Y CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE QUE PUEDA TENER, PERSONAL O DE OTRO MODO, Y LIBERAR A TODAS LAS PARTES DE CUALQUIER DAÑO QUE PUEDA RESULTAR DE PROPORCIONANDO LO MISMO PARA TI.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE, SI SE CONTRATA, MI EMPLEO NO ES POR UN PERÍODO DEFINITIVO Y PUEDE, SIN IMPORTAR LA FECHA DEL PAGO DE MIS SALARIOS Y SALARIOS, TEMPLARSE EN CUALQUIER MOMENTO SIN PREVIO AVISO. "

FECHA: _____ FIRMA: _____

E-VERIFY NOTIFICATION / NOTIFICACIÓN DE E-VERIFY

In accordance with Executive Order 12989, Breda Company, Inc. will E-Verify your Social Security number and right to work documents with the Social Security Administration and the Department of Homeland Security. If there are any discrepancies you will be notified.

De conformidad con la Orden Ejecutiva 12989, Breda Company, Inc. verificará electrónicamente su número de Seguridad Social y sus documentos de derecho a trabajar con la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional. Si hay discrepancias, se le notificará.

Signature / Firma

Date / Fecha

Name / Nombre

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

INTERVIEWED BY: _____ DATE: _____

HIRED: YES _____ NO _____ POSITION _____ DEPT. _____ WAGE/SALARY _____

START DATE: _____ APPROVED BY: _____

Certificado de Retenciones del Empleado
Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.
La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.

Paso 1: Anote Su Información Personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

CONSEJO: Considere utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2: Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación	4(a)	\$
	(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí	4(b)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

Paso 5: Firme Aquí	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
	Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).	Fecha	

Para Uso Exclusivo del Empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expire 05/31/2027

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las [instrucciones](#).**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.															
Apellido (Nombre de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)											
Otros Apellidos Utilizados (si alguno)		Dirección (Número y Nombre de la Calle)		Número de Apartamento (si corresponde)											
Ciudad o Pueblo		Estado		Código Postal											
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE. UU.		Dirección de Correo Electrónico del Empleado											
Número de Teléfono del Empleado		<p>Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.</p> <p>Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa): _____</p> <p>Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">USCIS/Número A</td> <td style="width:33%;">OR</td> <td style="width:33%;">Formulario I-94 Número de Admisión</td> <td style="width:33%;">OR</td> <td style="width:33%;">Número de pasaporte extranjero y país de emisión</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				USCIS/Número A	OR	Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión					
USCIS/Número A	OR					Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión							
Firma del Empleado						Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)									
Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar la certificación de preparador y/o traductor en la página 4.															



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expire 05/31/2027

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		o	Lista B	Y	Lista C				
Título del Documento 1									
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Título del Documento 2		Información Adicional							
Autoridad Emisora		<input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.							
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Título del Documento 3									
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.						Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):			
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado						Firma del Empleador o Representante Autorizado		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador						Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal			

Para la reverificación o recontractación, complete elar [Suplemento B, Reverificación y recontractación](#), en la página 5.

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos que contengan una fecha de vencimiento deben estar vigentes.

* Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes.

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C.

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para Empleadores (M-274).

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU. 2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551) 3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina 4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766) 5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario. 6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM, por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI, por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI 	O	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía 4. Tarjeta de Registro de Votante 5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección 6. Tarjeta de identificación de dependiente militar 7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU. 8. Documento tribal de indio americano 9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense <li style="text-align: center;">Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente: 10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones 11. Registro clínico, médico o de hospital 12. Registro guardería o escuela infantil 	Y	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones <ol style="list-style-type: none"> (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS. 2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240). 3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal de indio americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la Sección 7 y la Sección 13 del M-274 en uscis.gov/i-9-central. El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo Número 4, no es documento de la Lista C.

Recibos Aceptables

Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal.
Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.

<ul style="list-style-type: none"> • Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado; • Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551; • Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado. 	O	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado</p>	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.</p>
--	---	---	--

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.



BREDA COMPANY, INC.
POLÍTICA DE LUGAR DE TRABAJO SIN DROGAS

- Todos los empleados tienen prohibido usar o estar bajo la influencia de sustancias controladas, inhalables o bebidas alcohólicas durante las horas de trabajo, excepto por el uso legal de sustancias controladas recetadas por un médico autorizado y que se utilizarán solo en la forma, combinación y cantidad prescrito y que solo debe ser utilizado por la persona para la que se prescribe.
- La fabricación, distribución, dispensación, posesión o uso ilícitos de sustancias controladas, inhalables o bebidas alcohólicas en Breda Company, Inc, locales o sitios de trabajo o mientras realiza negocios fuera de las instalaciones de Breda Company, Inc. está absolutamente prohibida. Las sanciones pueden incluir la finalización de un programa apropiado de rehabilitación o asistencia, libertad condicional, expulsión, terminación o derivación a las autoridades para enjuiciamiento. Si un empleado ha sido condenado por un estatuto criminal de drogas, se impondrán sanciones dentro de los 30 días.
- Breda Company, Inc., Reconoce que el abuso de drogas, inhalantes y alcohol puede dar como resultado graves problemas de salud, seguridad y protección. El uso de drogas, inhalantes y alcohol puede alterar el estado de alerta mental de una persona y afectar la capacidad física para completar ciertas tareas. En consecuencia, si un empleado cuyo uso fuera de servicio de drogas, inhalantes o alcohol resulta en ausentismo, tardanza o deterioro del rendimiento laboral, o es la causa de accidentes en el lugar de trabajo, el empleado recibirá una lista de centros de tratamiento y rehabilitación donde puede buscar ayuda. Todo tratamiento o asistencia será a cargo del propio empleado.
- La compañía puede exigir que un empleado sea examinado en busca de drogas o alcohol si existe una sospecha razonable de que el desempeño laboral del empleado se ha visto afectado por el uso de drogas ilícitas, inhalantes o alcohol y existe la creencia razonable de que tal deterioro presenta un riesgo para el seguridad física del empleado u otra persona.
- La compañía realizará evaluaciones aleatorias de drogas, a su discreción, para garantizar el cumplimiento de la política de cuatro lugares de trabajo libres de drogas.
- Como condición para el empleo, cada empleado debe informar a la compañía de cualquier convicción penal relacionada con el estatuto de drogas por una violación que ocurra en el lugar de trabajo o en la propiedad de Breda Company, Inc. a más tardar cinco días después de la condena. Las sanciones impuestas pueden tomar la forma de acciones de personal contra el empleado, que pueden incluir hasta la terminación o requerir que el empleado participe en un programa aprobado de asistencia o rehabilitación por abuso de drogas a su propio costo.

Firma

Fecha



UN EMPLEADOR CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 78680

Phone (512) 670-0430

NOTICE DISTRIBUTION

I have received the Notice to Employees Concerning Workers' Compensation, the Notice of Injured Employee Rights, Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System, and Breda Company, Inc.'s EEO Policy, and new health insurance marketplace coverage options and your health coverage.

Yo he recibido el Aviso sobre compensacion para trabajadores en Tejas, Aviso de derechos de empleados lesionados, Responsabilidades en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas, y Política de EEO de Breda Company, Inc., y nuevas opciones de cobertura de mercado de seguros de salud y su cobertura de salud.

Signature / Firma

Date / Fecha

Print / Nombre



CELL PHONE POLICY:

Please note, all Cell Phones, MP3 Players and Personal Wireless or Music Devices should be left in your vehicle and are to be used only on personal time. Not only does it interfere with work, but it is a hazard to be using these devices during work hours. If someone needs to reach you in the case of an emergency, they can contact the office and we will relay the message to you.

As of, May 9, 2018, Foremen will be docking your time by 30 minutes for each violation of this policy, and after the third violation you will be dismissed from the project for the rest of the day. If violations continue to occur after dismissal from the project, further disciplinary action will be taken.

Tenga en cuenta que todos los teléfonos celulares, reproductores de MP3 y dispositivos inalámbricos o de música personales deben dejarse en su vehículo y deben usarse solo a tiempo personal. No solo interfiere con el trabajo, sino que es un peligro usar estos dispositivos durante las horas de trabajo. Si alguien necesita comunicarse con usted en el caso de una emergencia, pueden comunicarse con la oficina y le transmitiremos el mensaje.

A partir del 9 de Mayo de 2018, los capataces estarán atracando su tiempo por 30 minutos por cada violación de esta política, y después de la tercera violación, serán despedidos del proyecto por el resto del día. Si las violaciones continúan ocurriendo después del despido del proyecto, se tomarán medidas disciplinarias adicionales.

I certify that I have read and acknowledged the Breda Company, Inc. cell phone policy and will follow it accordingly.

Certifico que he leído y acepto la política de teléfonos celulares de Breda Company, Inc. y la seguiré en consecuencia.

Signature / Firma

Date / Fecha

Print / Nombre

BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 78680

Phone: (512) 670-0430



New Hire Safety Training Orientation
Rules and Regulations

I acknowledge that I have received a copy of the Basic Safety Rules and Regulations of Breda Company, Inc and discussed any questions I had with the person performing my safety orientation. I understand that there are hazards at the jobsites that we work at, and I am required at all times to follow these rules. I also understand that no one is exempt from injury, and that adherence to the Breda Company Safety Policy is an express condition of my employment in order to minimize risk to myself and those around me at a job-site.

Reconozco que recibí una copia de las Reglas y Reglamentos Básicos de Seguridad de Breda Company, Inc y hablé de cualquier pregunta que tuviera con la persona que realizó mi orientación de seguridad. Entiendo que existen peligros en los lugares de trabajo en los que trabajamos y debo seguir estas reglas en todo momento. También entiendo que nadie está exento de sufrir lesiones y que el cumplimiento de la Política de seguridad de la empresa Breda es una condición expresa de mi empleo para minimizar el riesgo para mí y para quienes me rodean en el lugar de trabajo.

Signature / Firma

Date / Fecha

Name / Nombre

BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 78680

Phone: (512) 670-0430



Employee Onboarding Packet

The following pages can be removed from the application and sent home with the employee. These pages are his or her copies of various Safety, EEO, Workers Compensation and Employee Rights and Responsibilities policies of Breda Company, Inc. Extra copies of any of these documents can be made available to any employees on request.

Paquete de incorporación de empleados

Las siguientes páginas pueden eliminarse de la solicitud y enviarse a casa con el empleado. Estas páginas son sus copias de varias políticas de seguridad, EEO, compensación laboral y derechos y responsabilidades de los empleados de Breda Company, Inc. Se pueden poner a disposición de cualquier empleado copias adicionales de cualquiera de estos documentos que lo soliciten.

BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 78680

Phone: (512) 670-0430



Orientación Sobre Capacitación en Seguridad para Nuevos Empleados *Reglas y regulaciones*

Es responsabilidad principal de cada empleado aprender sus respectivas funciones y los procedimientos de seguridad asociados con dicho trabajo para que, si surge un problema inseguro, se pueda reconocer y solucionar.

Para prevenir accidentes, se espera que cada empleado siga las Normas y Reglamentos de Seguridad básicos. Debe entenderse que nadie está exento de sufrir lesiones y, como tal, el estricto cumplimiento de la política de la Compañía es una **CONDICIÓN DE SU EMPLEO**.

Las siguientes reglas y regulaciones de seguridad deben considerarse requisitos mínimos y no abarcan todas y cada una de las situaciones que pueden surgir durante una situación de campo. Si surge alguna pregunta, se le solicita que se comuniquen con su supervisor inmediato y/o un miembro de la gerencia para obtener ayuda. La educación continua para todos los empleados estará disponible previa solicitud; Todos los capataces se reunirán con sus equipos diariamente para asignar tareas y recibir consejos de seguridad diarios como parte de la educación continua sobre seguridad para todos los empleados.

NORMAS Y REGULACIONES BÁSICAS DE SEGURIDAD:

- SI EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE SU EMPLEO USTED (EL EMPLEADO) TIENE ALGUNA DUDA SOBRE UN PROCEDIMIENTO O SI SIENTE QUE LE ESTÁN PIDIENDO HACER ALGO INSEGURO; SE LE RECOMIENDA DISCUTIR ESAS INQUIETUDES CON SU SUPERVISOR Y/O CONTACTAR A LA OFICINA PRINCIPAL INMEDIATAMENTE SIN TEMOR A RETRIBUCIÓN O REPRESALIAS POR PARTE DE NINGÚN NIVEL SUPERVISOR O PERSONAL.**
- Los chalecos y gafas de seguridad proporcionados por la empresa son obligatorios y deben usarse en todo momento junto con un casco y botas de trabajo adecuadas. Guantes que se utilizarán según sea necesario.
- Se prohíbe el uso de ropa adecuada, el uso de prendas holgadas o colgantes y artículos con cabos sueltos. Utilice calzado adecuado con parte superior de cuero y suela dura. No se requieren zapatos con punta de acero, a menos que lo requiera un lugar de trabajo específico.
- NO UTILICE NINGUNA HERRAMIENTA DEFECTUOSA, COMPRUEBE TODAS LAS HERRAMIENTAS MANUALES ANTES DE UTILIZARLAS. (Todas las herramientas, equipos y vehículos antes de comenzar a trabajar. Informe, repare o reemplace todas las piezas y/o herramientas manuales defectuosas. Está prohibido quitar las protecciones de seguridad, cerraduras o etiquetas del equipo).**
- Los extintores de incendios son para uso únicamente en situaciones de emergencia. **NO LO UTILICE NI DESCARGUE POR NINGÚN OTRO MOTIVO.**

6. No utilice escaleras defectuosas. Todas las escaleras deben estar debidamente aseguradas en la parte superior e inferior para evitar el movimiento hacia atrás o hacia los lados. Además, use una cuerda para pasar hacia arriba o hacia abajo las herramientas o materiales necesarios para completar el trabajo. Esto permitirá que ambas manos permanezcan libres.
7. **EN NINGÚN MOMENTO DEBE EL EMPLEADO SUBIR O PERMANECER ENCIMA DE NINGUNA BARRA O JAULAS DE BARRAS** sin la dirección de un supervisor o capataz que pueda confirmar que ha recibido la capacitación adecuada en protección contra caídas en el trabajo.
8. No se permiten payasadas, peleas ni bromas pesadas en el lugar de trabajo ni en ninguna propiedad de la Compañía. **EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA REGLA O CAUSAR QUE CUALQUIER OTRO EMPLEADO SE PONGA EN PELIGRO DEBIDO A SUS ACCIONES PUEDEN SER MOTIVOS DE TERMINACIÓN.**
9. Mantenga un buen orden y limpieza en todo momento para evitar resbalones, tropezones y/o exposiciones a caídas.
10. **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE DEBEN UTILIZAR LÍNEAS SUJETADAS PARA EL ELEVACIÓN DE MATERIALES Y/O PLATAFORMAS DE TRABAJO.** Sólo se deben utilizar eslingas debidamente clasificadas para la recogida.
11. Utilice plataformas adecuadas para cortar materiales como (caballetes) **NUNCA USE EL PIE COMO PLATAFORMA PARA CORTAR MATERIALES.**
12. Se deben utilizar tapas de barras de refuerzo para proteger los extremos de acero al nivel del suelo. Cuando se realizan trabajos elevados sobre acero que sobresale, se deben utilizar materiales planos para evitar la exposición a empalamiento.
13. **INFORME INMEDIATAMENTE DE TODAS LAS LESIONES EN EL TRABAJO y/o CONDICIONES INSEGURAS A SU SUPERVISOR. EL FALLO RESULTARÁ EN QUE SE TOMEN ACCIONES DISCIPLINARIAS CONTRA USTED, INCLUYENDO LA TERMINACIÓN Y/O LA DENEGACIÓN DE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR LESIONES.**
14. Se requiere el uso de lemas para ayudar en el manejo de cargas elevadas. Las líneas deben ser lo suficientemente largas para evitar que una persona tenga que trabajar debajo o muy cerca de una carga.
15. **NO SE DEBE MONTAR EL EQUIPO. CUANDO SEA TRANSPORTADO EN UNA UNIDAD DE LA COMPAÑÍA EN UN PROYECTO, DEBE ESTAR SENTADO EN LA CAMA DE LA UNIDAD. BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE PERMITIRÁ EXTENDER PIES Y/O BRAZOS FUERA DE LA UNIDAD.**
16. Obtenga ayuda al levantar materiales pesados o voluminosos. Utilice una grúa, un cabrestante y otros dispositivos cuando sea posible.
17. Los cinturones de seguridad en los equipos y/o vehículos de la Compañía deben usarse en todo momento cuando el equipo o el vehículo estén en uso.
18. Los cilindros de acetileno/oxígeno deben asegurarse adecuadamente en posición vertical y amarrados con las tapas enroscadas correctamente.
19. Está prohibido el uso de cadenas sueltas (fuera de la camisa), aretes, anillos excesivos y/o perforaciones en el cuerpo.
20. **AL MOVER MATERIALES EN EL SITIO CON MÁS DE DOS EMPLEADOS, ASEGÚRESE DE QUE EL CAMINO HACIA EL DESTINO ESTÉ LIBRE DE ESCOMBROS Y ASEGÚRESE DE QUE CADA EMPLEADO INVOLUCRADO EN EL MOVIMIENTO DE MATERIALES TIENE UN BUEN AGARRE DE LOS MATERIALES.**



BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 78680

Phone (512) 670-0430

**AVISO:
EMPLEADOS Y SOLICITANTES DE EMPLEO
POLÍTICA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE BREDA COMPANY, INC.**

Es política operativa de Breda Company, Inc. garantizar que los solicitantes estén empleados y que los empleados sean tratados de manera justa durante el empleo, sin importar su raza, religión, sexo, color, origen nacional, edad o discapacidad. Dicha acción incluirá: ascenso de categoría, degradación o transferencia de empleo, reclutamiento o publicidad de reclutamiento, despido o terminación, tasas de pago u otras formas de compensación y selección para capacitación, incluido aprendizaje, pre-aprendizaje y/o capacitación en el trabajo.

También fomentamos el uso de los programas de capacitación disponibles y estaremos encantados de asesorarle sobre qué programas están disponibles, los requisitos de ingreso para cada uno, así como también ayudarlo a solicitar o ingresar a dichos programas. Cualquier supervisor estará encantado de que se ponga en contacto con él.

Breda Company, Inc. es una empresa comercial en desventaja (DBE), que se especializa en la instalación de acero de refuerzo, principalmente en proyectos de carreteras en Texas. Esperamos diversificar nuestra fuerza laboral. Por lo tanto, se anima a presentar la solicitud a todos los solicitantes calificados, independientemente de su raza, color, origen nacional, religión, género, edad (si es mayor de 18 años), discapacidad o condición de veterano de Vietnam. Se recomienda encarecidamente a los solicitantes negros y femeninos.

Se solicita a todos los empleados presentes que alienten a cualquier individuo, independientemente de su raza, color, origen nacional, religión, género, edad (si es mayor de 18 años), discapacidad, sexo o condición de veterano, a presentar una solicitud de empleo en esta empresa o solicitar capacitación. bajo los programas disponibles.

Cualquier queja de presunta discriminación por parte de esta empresa, sus supervisores o empleados, o cualquier persona u organización que actúe en nombre de la empresa debe comunicarse inmediatamente a la atención del Oficial de Igualdad en el Empleo.

Dakota Wood es la responsable de EEO de Breda Company y puede comunicarse con ella al: 817-759-0069

Los empleados tienen derecho a presentar quejas ante la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) al 1-800-669-4000 y la Comisión de Derechos Humanos de Texas (TCHR) al 1-512-437-3450. Están prohibidas las represalias contra una persona que presenta un cargo de discriminación, participa en una investigación o se opone a una práctica laboral ilegal. Todas y cada una de las quejas se procesarán de manera oportuna entre treinta y noventa (30-90) días.

Roberto Breda
Presidente – Breda Company, Inc.
4/2024



BREDA COMPANY, INC.
POLÍTICA DE LUGAR DE TRABAJO SIN DROGAS

- Todos los empleados tienen prohibido usar o estar bajo la influencia de sustancias controladas, inhalables o bebidas alcohólicas durante las horas de trabajo, excepto por el uso legal de sustancias controladas recetadas por un médico autorizado y que se utilizarán solo en la forma, combinación y cantidad prescrito y que solo debe ser utilizado por la persona para la que se prescribe.
- La fabricación, distribución, dispensación, posesión o uso ilícitos de sustancias controladas, inhalables o bebidas alcohólicas en Breda Company, Inc, locales o sitios de trabajo o mientras realiza negocios fuera de las instalaciones de Breda Company, Inc. está absolutamente prohibida. Las sanciones pueden incluir la finalización de un programa apropiado de rehabilitación o asistencia, libertad condicional, expulsión, terminación o derivación a las autoridades para enjuiciamiento. Si un empleado ha sido condenado por un estatuto criminal de drogas, se impondrán sanciones dentro de los 30 días.
- Breda Company, Inc., Reconoce que el abuso de drogas, inhalantes y alcohol puede dar como resultado graves problemas de salud, seguridad y protección. El uso de drogas, inhalantes y alcohol puede alterar el estado de alerta mental de una persona y afectar la capacidad física para completar ciertas tareas. En consecuencia, si un empleado cuyo uso fuera de servicio de drogas, inhalantes o alcohol resulta en ausentismo, tardanza o deterioro del rendimiento laboral, o es la causa de accidentes en el lugar de trabajo, el empleado recibirá una lista de centros de tratamiento y rehabilitación donde puede buscar ayuda. Todo tratamiento o asistencia será a cargo del propio empleado.
- La compañía puede exigir que un empleado sea examinado en busca de drogas o alcohol si existe una sospecha razonable de que el desempeño laboral del empleado se ha visto afectado por el uso de drogas ilícitas, inhalantes o alcohol y existe la creencia razonable de que tal deterioro presenta un riesgo para el seguridad física del empleado u otra persona.
- La compañía realizará evaluaciones aleatorias de drogas, a su discreción, para garantizar el cumplimiento de la política de cuatro lugares de trabajo libres de drogas.
- Como condición para el empleo, cada empleado debe informar a la compañía de cualquier convicción penal relacionada con el estatuto de drogas por una violación que ocurra en el lugar de trabajo o en la propiedad de Breda Company, Inc. a más tardar cinco días después de la condena. Las sanciones impuestas pueden tomar la forma de acciones de personal contra el empleado, que pueden incluir hasta la terminación o requerir que el empleado participe en un programa aprobado de asistencia o rehabilitación por abuso de drogas a su propio costo.



CELL PHONE POLICY:

Please note, all Cell Phones, MP3 Players and Personal Wireless or Music Devices should be left in your vehicle and are to be used only on personal time. Not only does it interfere with work, but it is a hazard to be using these devices during work hours. If someone needs to reach you in the case of an emergency, they can contact the office and we will relay the message to you.

As of, May 9, 2018, Foremen will be docking your time by 30 minutes for each violation of this policy, and after the third violation you will be dismissed from the project for the rest of the day. If violations continue to occur after dismissal from the project, further disciplinary action will be taken.

Tenga en cuenta que todos los teléfonos celulares, reproductores de MP3 y dispositivos inalámbricos o de música personales deben dejarse en su vehículo y deben usarse solo a tiempo personal. No solo interfiere con el trabajo, sino que es un peligro usar estos dispositivos durante las horas de trabajo. Si alguien necesita comunicarse con usted en el caso de una emergencia, pueden comunicarse con la oficina y le transmitiremos el mensaje.

A partir del 9 de Mayo de 2018, los capataces estarán atracando su tiempo por 30 minutos por cada violación de esta política, y después de la tercera violación, serán despedidos del proyecto por el resto del día. Si las violaciones continúan ocurriendo después del despido del proyecto, se tomarán medidas disciplinarias adicionales.

I certify that I have read and acknowledged the Breda Company, Inc. cell phone policy and will follow it accordingly.

Certifico que he leído y acepto la política de teléfonos celulares de Breda Company, Inc. y la seguiré en consecuencia.



Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas

En Texas, usted como empleado lesionado tiene derecho a recibir ayuda gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Esta ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también proporcionan otros servicios del sistema de compensación para trabajadores por parte del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance -TDI, por su nombre y siglas en inglés). TDI, es la agencia estatal que regula y administra el sistema de compensación para trabajadores mediante la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Muchos de los servicios que son proporcionados por parte de OIEC y de DWC pueden ser llevados a cabo por teléfono. Usted puede comunicarse con OIEC llamando al teléfono gratuito 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Visite el sitio Web de OIEC en www.oiec.texas.gov, para obtener información adicional, incluyendo la ubicación de las oficinas. Usted puede comunicarse con DWC llamando al teléfono gratuito 1-800-252-7031. La información de DWC se encuentra disponible en la página de Internet: www.tdi.texas.gov.

Sus Derechos Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene derecho a contratar a un abogado para asistirle con su reclamación de compensación para trabajadores.

Para obtener asistencia para encontrar a un abogado, llame al servicio de recomendación de abogados de la Barra de Abogados del Estado de Texas (State Bar of Texas, por su nombre en inglés) al 1-877-983-9227 o visite www.texasbar.com. La información sobre la recomendación de abogados también puede encontrarse en la página de Internet de OIEC en www.oiec.texas.gov.

2. Usted tiene derecho a recibir asistencia por parte de OIEC si no cuenta con un abogado.

Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC, así como los Ombudsman están disponibles para responder a sus preguntas y proporcionarle asistencia con su reclamación de compensación para trabajadores ya sea llamando a OIEC o visitando una de las oficinas de OIEC. **Usted debe firmar una autorización por escrito antes que un empleado de OIEC pueda tener acceso a la información sobre su reclamación.** Llame o visite una oficina de OIEC para completar la autorización por escrito. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC y los Ombudsman han sido entrenados en el campo de compensación para trabajadores y pueden ayudarle a programar un procedimiento de resolución de disputas, relacionado con su reclamación de compensación para trabajadores. Un ombudsman también puede asistirle en una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference -BRC, por su nombre y siglas en inglés), en una Audiencia para Disputar Beneficios (Contested Case Hearing -CCH, por su nombre y siglas en inglés), y en una apelación. Sin embargo, un Ombudsman no puede tomar decisiones por usted, ni dar opiniones por usted o proporcionar asesoramiento legal.

3. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a recibir beneficios médicos y beneficios de ingresos sin importar quién tuvo la culpa de su lesión. Sus beneficiarios podían tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte y beneficios de gastos para el entierro.

La información sobre las excepciones puede encontrarse en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

4. Usted puede tener derecho a recibir atención médica para atender su lesión o enfermedad que sucedió en el área de trabajo, durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y relacionado con la lesión que sucedió en el área de trabajo.

Usted puede tener derecho a recibir un reembolso por los gastos incurridos después de viajar para asistir a una cita médica o a un examen médico requerido (required medical examination, por su nombre en inglés), si el viaje cumple con las condiciones de calificación.

5. Usted puede tener derecho a recibir beneficios de ingresos por su lesión relacionada con el trabajo.

Existen varios tipos de beneficios de ingresos, así como requisitos de elegibilidad. La información sobre los tipos de beneficios de ingresos que pueden estar disponibles, y los requisitos de elegibilidad pueden ser encontrados en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

6. Usted puede tener derecho a una resolución de disputas con respecto a sus beneficios de ingresos y beneficios médicos.

Usted puede solicitar una Resolución de Disputas Médicas (Medical Dispute Resolution, por su nombre en inglés) si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios médicos. Usted puede solicitar una Resolución de Disputas por Indemnización (Ingresos) (Indemnity (Income) Dispute Resolution, por su nombre en inglés), si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios de ingresos. La ley establece que sus procedimientos de resolución de disputas sean llevados a cabo dentro de 75 millas del domicilio suyo.

7. Usted tiene derecho a escoger a su médico de tratamiento.

Si usted pertenece a una red de servicios médicos de compensación para trabajadores (Workers' Compensation Health Care Network), (red), debe escoger a su médico de la lista de médicos de tratamiento de la red. Usted puede cambiar a su médico de tratamiento una sola vez sin la necesidad de obtener la aprobación de la red. Si no pertenece a una red, usted puede inicialmente escoger a cualquier médico que esté dispuesto a atender su lesión de compensación para trabajadores; sin embargo, si usted no pertenece a una red, el cambio de su médico de tratamiento debe ser pre-aprobado por DWC. Si es empleado de una subdivisión política, tal como la ciudad, el condado, o el distrito escolar, usted deberá seguir los reglamentos de dicha subdivisión política para escoger a un médico de tratamiento. Es importante seguir todos los reglamentos en el sistema de compensación para trabajadores. **Si usted no sigue estos reglamentos, podría ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas.** El personal de OIEC puede ayudarle a entender estos reglamentos.

8. Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamación de compensación para trabajadores se mantenga confidencial.

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamación no puede ser obtenido por otras personas. Algunos participantes tienen derecho a conocer el contenido del expediente de su reclamación, tal como su empleador o la aseguradora de su empleador. También, un empleador que esté considerando contratarle a usted puede obtener información limitada por parte de DWC sobre su reclamación.

Sus Responsabilidades Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene la responsabilidad de informar a su empleador si se ha lesionado en el trabajo mientras desempeñaba sus deberes de trabajo. Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o del día en que usted se dio cuenta que su lesión o enfermedad podría estar relacionada con su trabajo.

2. Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red) (Workers' Compensation Health Care Network -network).

Si no sabe si pertenece a una red de servicios médicos, pregúntele al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrió su lesión. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI (TDI's Consumer Help Line, por su nombre en inglés) al 1-800-252-3439 o presente su queja en línea en www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc.

3. Si usted trabajó para una subdivisión política (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedió su lesión, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento médico.

Su empleador debe poder proporcionar la información que usted necesita para determinar cuáles son los proveedores de servicios médicos que pueden atender su lesión relacionada con el trabajo.

4. Usted tiene la responsabilidad de informar a su médico cómo es que usted se lesionó y determinar si la lesión está relacionada con el trabajo.

5. Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.

Usted cuenta con un año para enviar el formulario después de haberse lesionado o después de haberse enterado que su enfermedad podría estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario DWC-041 aun si ya está recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envía a tiempo el formulario completo a DWC. Para obtener una copia del Formulario DWC-041 comuníquese con DWC o con OIEC.

6. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su dirección actual, número de teléfono e información sobre su empleador a DWC y a la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.

7. Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC y a la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.

(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesión; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).

8. Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.

9. Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.



WORKWELL, TX

Información de la red de servicios médicos | A partir del 1 de octubre de 2022



Estimado empleador:

En Texas Mutual Insurance Company, nos hemos comprometido con la seguridad de los trabajadores de Texas. Como extensión de dicho compromiso, WorkWell, TX actúa para garantizar una atención de calidad a los empleados que sufran lesiones en el trabajo.

WorkWell, TX es una red de servicios médicos de compensación para trabajadores, certificada por el estado de Texas. Al elegir la opción de red de Texas Mutual, mantiene los costos bajos con los descuentos de la red y nuestra determinación para que los trabajadores lesionados vuelvan sanos y salvos a sus trabajos. Los proveedores que tratan a sus empleados han sido elegidos por su trayectoria comprobada de éxito con lesiones y enfermedades laborales.

Una red que ofrece atención de alta calidad, mejores resultados y ahorro en los costos es una ventaja tanto para usted como para sus empleados.

Para que sus empleados se familiaricen con WorkWell, TX, incluimos este paquete con información y recursos, que los empleados deben leer y firmar. Para comenzar, revise la lista de control de abajo para ver lo que usted y su fuerza laboral tienen que saber y hacer en caso de que se produzcan lesiones.

Lista de control para el empleador

1. Revise el paquete.
2. Publique la **Notificación de requisitos de la red** en un área de uso común donde los empleados puedan verla.
3. Distribuya la Notificación de requisitos de la red a los empleados cuando inicie el programa, dentro de los 3 días después de contratar a un empleado y al momento en que se produzca una lesión. Lleve un registro de cómo, cuándo, dónde y a quién entregó la Notificación de los requisitos de la red.
4. Solicite a todos los empleados que firmen el formulario de **Confirmación del empleado** y consérvelo en el legajo de personal de cada empleado. (Los empleados que se nieguen a firmar estarán sujetos igualmente a los requisitos de la red. La negativa a firmar la confirmación debe registrarse en el legajo de personal del empleado).
5. Cuando se produzca una lesión, informe de inmediato a Texas Mutual y, si es necesario, provea o coordine el traslado del empleado lesionado hasta el proveedor de la red o el centro de emergencias, según corresponda.
6. Las lesiones laborales deben ser tratadas por médicos aprobados por la red. Consulte el directorio de proveedores en línea, disponible en texasmutual.com, para ver la lista de proveedores de la red. Si usted o un empleado lesionado necesitan ayuda para encontrar a un proveedor, pueden llamar a WorkWell, TX al (844) 867-2338.

Gracias por elegir a WorkWell, TX. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (844) 867-2338 o visite texasmutual.com.

Atentamente,

Equipo de asistencia de WorkWell, TX
(844) 867-2338



WORKWELL, TX



WORKWELL, TX

Notificación de los requisitos de la red

(Publicar en una área visible para todos los empleados)

Su empleador ha elegido a WorkWell, TX para que sea su red certificada de servicios médicos de compensación para trabajadores, en asociación con Texas Mutual Insurance Company, una compañía de seguros de compensación para trabajadores. WorkWell, TX administrará los servicios médicos y el tratamiento que usted reciba en caso de sufrir una lesión en el trabajo o de que se le diagnostique una enfermedad ocupacional mientras trabaja aquí. Los médicos de WorkWell, TX están capacitados para tratar lesiones y enfermedades laborales, y lograr que las personas vuelvan a trabajar y a tener una vida productiva.

La información de este paquete le ayudará a solicitar atención médica, y explica lo que debe hacer si sufre una lesión en el trabajo.

Qué debe hacer si sufre una lesión en el trabajo

Si sufre una lesión en el trabajo, informe al empleador de inmediato. El empleador responderá todas las preguntas que usted tenga acerca de cómo solicitar tratamiento a través de WorkWell, TX. Si tiene preguntas sobre el tratamiento, también puede comunicarse con Texas Mutual. Nuestro objetivo común con el empleador es lograr que usted regrese al trabajo cuanto antes y de la manera más segura posible.

La lista de los médicos de la red que atienden en su área de servicio se encuentra disponible en texasmutual.com o descargando la aplicación móvil de WorkWell, TX. Si necesita ayuda, puede comunicarse con nosotros al (844) 867-2338 o a la siguiente dirección.

WorkWell, TX
Attn: Network Services
PO Box 12029
Austin, TX 78711-2029

En caso de emergencias

Si sufre una lesión y es de emergencia, deberá solicitar tratamiento de inmediato en el centro médico más cercano. Esto también aplica si sufre una lesión fuera del área de servicio. Para recibir atención de emergencia, no se requiere aprobación previa. La ley de Texas define una "emergencia médica" como una afección que se presenta de forma repentina.

Después de que le atiendan para tratar la emergencia, es posible que necesite seguir recibiendo atención. En ese caso, tendrá que seleccionar a un médico de la red de WorkWell, TX. El médico elegido supervisará la atención que reciba por la lesión. Excepto en emergencias, para consultar a otros proveedores o especialistas de salud, deberá obtener una derivación de su médico de tratamiento.

Atención en casos que no son de emergencia

Informe a su empleador sobre la lesión lo antes que pueda. Busque a un médico de tratamiento de la red en texasmutual.com o descargando la aplicación móvil de WorkWell, TX. Acuda a ese médico para recibir tratamiento.

Es posible que el tratamiento prescrito por el médico necesite ser aprobado con anticipación. Para un tratamiento específico, el médico tendrá que solicitar la aprobación de la red antes de brindar el tratamiento o servicio. Una vez que complete el tratamiento aprobado, podría requerir más atención médica.

Elección del médico de tratamiento

Si se lesiona en el trabajo pero no es una emergencia, y vive en el área de servicio de la red, deberá elegir a un médico de tratamiento de la red de WorkWell, TX. Esto es necesario para que WorkWell, TX cubra los costos de la atención. Si está afiliado a una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), puede elegir como médico de tratamiento a su médico de cabecera en la HMO. Para ello, debe haber elegido a dicho médico como médico de cabecera antes de sufrir la lesión. Nosotros aprobaremos al médico elegido de la HMO, si este acepta los términos contractuales de la red y cumple con las leyes aplicables.

Para ver una lista de los médicos de la red que atienden en su área, visite texasmutual.com o descargue la aplicación móvil de WorkWell, TX. El directorio de proveedores de WorkWell, TX se actualiza todos los meses. Los médicos que hablen español o que no acepten más pacientes nuevos estarán señalados con un icono en el registro.

Si su médico de tratamiento abandona la red, le notificaremos por escrito. Tendrá derecho a elegir a otro médico de tratamiento en el directorio de la red. Si su médico abandona la red y usted está siendo tratado por una afección aguda o potencialmente mortal, el médico puede solicitar continuar tratándolo durante 90 días más si la interrupción del tratamiento puede ser perjudicial para usted.

Si vive fuera del área de servicio, puede solicitar una revisión del área de servicio llamando a WorkWell, TX. Deberá presentar pruebas para respaldar su solicitud. WorkWell, TX le informará su decisión dentro de los siete días después de recibir la solicitud. Si no está de acuerdo con la decisión final de WorkWell, TX, tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas. En la queja, debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono, una copia de la decisión de WorkWell, TX y las pruebas que haya enviado a WorkWell, TX para la revisión. El formulario de quejas se encuentra disponible en el sitio web del Departamento.

Mientras aguarda que WorkWell, TX tome una decisión o que el Departamento de Seguros de Texas revise su queja, se espera que siga usando igualmente la red para todos los servicios médicos que necesite. Si se decide que usted vive dentro del área de servicio de la red, se le podrá exigir que pague los servicios médicos que haya recibido fuera de la red.

Cambio de médico

Si no está satisfecho con el primer médico elegido, puede seleccionar a otro médico de tratamiento en el directorio de la red. Nosotros no rechazaremos su decisión de consultar a un médico de tratamiento diferente. Para poder cambiar de médico de tratamiento por segunda vez, deberá obtener el permiso de la red, llamando al (844) 867-2338.

Derivaciones

No es necesario obtener una derivación en casos de emergencia. Todas las derivaciones para atención médica y especialistas que no sean de emergencia se deben solicitar al médico de tratamiento. La red pondrá a disposición todos los servicios médicos que solicite de forma oportuna, según lo exija su afección. Esto incluye las derivaciones. Todos los servicios médicos, que incluyen las derivaciones, estarán disponibles dentro de los 21 días posteriores a la solicitud.

Aprobaciones fuera de la red

WorkWell, TX debe aprobar todas las derivaciones a proveedores fuera de la red del médico de tratamiento o especialista antes de que pueda consultar a dichos proveedores. Si necesita solicitar la aprobación, llame al (844) 867-2338.

Pago de servicios médicos

Los médicos de la red han acordado solicitar el pago de los tratamientos que usted reciba a Texas Mutual. Estos no le exigirán a usted que abone los tratamientos. Si recibe tratamiento de un médico que no se encuentra en la red, sin la aprobación previa de WorkWell, TX, tendrá que pagar el costo de dicha atención. Solo se podrán cubrir los costos médicos de tratamientos brindados por proveedores fuera de la red si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Necesita recibir atención de emergencia. Debe acudir al hospital o centro de emergencias más cercano.
- No vive dentro del área de servicio de la red.
- El médico de tratamiento o especialista le deriva a un proveedor o centro médico fuera de la red y WorkWell, TX aprueba la derivación.
- Ha elegido a un médico de cabecera de su HMO. El médico debe aceptar los términos contractuales de la red y cumplir con las leyes aplicables.

Autorización previa, determinación adversa y revisión independiente

La lista de procedimientos y servicios que requieren autorización previa se encuentra disponible en texasmutual.com. La lista que contiene este paquete no tiene como fin ser exhaustiva, ya que el cuidado de la salud es una ciencia en constante evolución. Los procedimientos y tratamientos que requieren aprobación previa también cambian. Los proveedores de tratamiento deberán verificar los requisitos de autorización previa, consultando la lista actualizada en texasmutual.com.

Si WorkWell, TX rechaza la solicitud, usted o el médico solicitante pueden pedir que se revise la decisión. Si el resultado sigue siendo insatisfactorio, usted, el proveedor o la persona que actúa en su nombre pueden solicitar una revisión independiente. El agente de autorización previa proporcionará al grupo de revisión independiente todos los registros médicos pertinentes que se relacionen con la lesión. También podrá indicar las pautas de tratamiento que se siguieron y la lista de médicos que le atendieron a usted.

Quejas

Sus inquietudes son tomadas con seriedad. Si no está satisfecho, puede presentar una queja ante WorkWell, TX. Podrá hacer esto si no le satisface algún aspecto de la red, incluso la atención médica que recibió. La queja se debe presentar dentro de los 90 días posteriores a la fecha del evento que constituye el motivo de la queja.

Si tiene preguntas sobre el proceso para presentar quejas, puede comunicarse con el coordinador de reclamos por teléfono al (844) 297-5723, por fax al (512) 224-8800, por correo electrónico a wvtxcomplaints@texasmutual.com, o por correo postal a la dirección de abajo.

WorkWell, TX
Attention: Grievance Coordinator
PO Box 12029
Austin, Texas 78711-2029

La ley de Texas prohíbe a WorkWell, TX tomar represalias contra usted por presentar quejas contra la red. Tampoco tomaremos represalias contra usted si apela la decisión de la red. La ley también prohíbe tomar represalias contra un proveedor por presentar quejas contra la red o por apelar una decisión de la red en nombre de usted.

Usted tiene derecho a presentar quejas ante el Departamento de Seguros de Texas. El formulario de quejas se encuentra disponible en el sitio web del Departamento.

Lista de servicios que requieren autorización previa de WorkWell, TX

Hospital/ASC

Todas las admisiones que no sean de emergencia en hospitales o centros de cirugía ambulatoria (ambulatory surgery center, ASC) (de pacientes internos, externos y en observación), incluso los procedimientos principales programados y la estancia. La solicitud de autorización previa debe incluir los instrumentos específicos, dispositivos implantables, sistemas de administración externa, etc., a utilizar.

Cirugía/Procedimientos/Dispositivos integrales

Todas las cirugías que no se consideren de emergencia representadas por los códigos AMA CPT 10010-69990 o los códigos G que representen procedimientos quirúrgicos practicados en una ubicación o lugar de servicio que no sea el consultorio médico (POS 11). La solicitud de autorización previa debe incluir los instrumentos especificados, dispositivos implantables, sistemas de administración externa, etc., a utilizar.

- Todas las inyecciones de bótox
- Todas las inyecciones en la columna vertebral (incluidas pero no limitadas a las siguientes):
 - » Inyecciones epidurales de esteroides
 - » Termocoagulación por radiofrecuencia (Radiofrequency Thermocoagulation, RFTC), crioterapia o crioablación
 - » Inyecciones en la articulación sacroilíaca
 - » Inyecciones en la faceta articular
 - » Bloqueo de la rama medial
- Inyecciones en puntos reflexógenos (AMA CPT 20553)
- Estimuladores del crecimiento óseo
- Discografías
- Sistemas implantables para la administración de fármacos
- Procedimientos o dispositivos experimentales o en investigación según lo determinen las Pautas oficiales de discapacidad (Official Disability Guidelines, ODG) o que tengan un código de categoría III de la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA). Dispositivos de estimulación (incluidos pero no limitados a los siguientes):
 - » Unidades de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)
 - » Unidades interferenciales
 - » Estimuladores neuromusculares
 - » Unidades dobles
 - » Estimuladores de la médula espinal
 - » Estimuladores de nervios
 - » Estimuladores cerebrales

Medicina física

- Todos los tratamientos quiroprácticos
- Manipulación bajo anestesia (manipulation under anesthesia, MUA)

- Todo tipo de fisioterapia o terapia ocupacional (a menos que el solicitante o el proveedor/centro médico participe a través de Align)
- Biorregulación

Diagnóstico

- Todos los estudios iniciales y repetidos de tomografía computarizada y resonancia magnética
- Densitometrías óseas
- Electromiografía de superficie (EMG)
- A menos que se especifique lo contrario en esta lista, todos los estudios de diagnóstico repetidos (en serie) con un costo facturado superior a \$350

Otro

- Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), prótesis o dispositivos ortopédicos con un costo facturado superior a \$500.00 (por la compra, el alquiler acumulado o una combinación de compra y alquiler)
- Membresías en gimnasios
- Formulario farmacéutico cerrado de la División de Compensación para Trabajadores del Departamento de Seguros de Texas, según el título 28 del Código Administrativo de Texas, §134, subcapítulo F

Tratamientos alternativos

- Acupuntura fuera de las ODG
- Acupresión
- Yoga

Programas de rehabilitación

- Rehabilitación laboral
- Terapia mediante simulación de trabajo
- Programa de manejo del dolor crónico
- Rehabilitación médica
- Rehabilitación por lesiones cerebrales y medulares
- Programas de dependencia química
- Programas para bajar de peso

Centros de enfermería

- Centros de enfermería especializada, incluso la atención especializada dentro de los propios centros
- Centros de convalecencia
- Centros residenciales
- Hogares grupales o de residencia asistida

Pruebas psicológicas y psicoterapia

- Evaluaciones subsiguientes
- Pruebas o estudios subsiguientes
- Terapia

Lista de condados del área de servicio de WorkWell, TX

A

Anderson
Andrews
Angelina
Aransas
Archer
Armstrong
Atascosa
Austin

B

Bailey
Bandera
Bastrop
Baylor
Bee
Bell
Bexar
Blanco
Borden
Bosque
Bowie
Brazoria
Brazos
Briscoe
Brooks
Brown
Burleson
Burnet

C

Caldwell
Calhoun
Callahan
Cameron
Camp
Carson
Cass
Castro
Chambers
Cherokee
Clay
Cochran
Coke
Coleman
Collin

Colorado
Comal
Comanche
Concho
Cooke
Coryell
Crane
Crosby

D

Dallam
Dallas
Dawson
Deaf Smith
Delta
Denton
Dewitt
Dickens
Donley
Duval

E

Eastland
Ector
El Paso
Ellis
Erath

F

Falls
Fannin
Fayette
Fisher
Floyd
Fort Bend
Franklin
Freestone
Frio

G

Gaines
Galveston
Garza
Gillespie
Glasscock
Goliad

Gonzales
Gray
Grayson
Gregg
Grimes
Guadalupe

H

Hale
Hall
Hamilton
Hansford
Hardin
Harris
Harrison
Hartley
Haskell
Hays
Hemphill
Henderson
Hidalgo
Hill
Hockley
Hood
Hopkins
Houston
Howard
Hudspeth
Hunt
Hutchinson

I

Irion

J

Jack
Jackson
Jasper
Jefferson
Jim Hogg
Jim Wells
Johnson
Jones

K

Karnes

Kaufman
Kendall
Kenedy
Kent
Kerr
Kimble
Kleberg

L

Lamar
Lamb
Lampasas
Lavaca
Lee
Leon
Liberty
Limestone
Lipscomb
Live Oak
Llano
Loving
Lubbock
Lynn

M

Madison
Marion
Martin
Mason
Matagorda
McCulloch
McLennan
McMullen
Medina
Menard
Midland
Milam
Mills
Mitchell
Montague
Montgomery
Moore
Morris
Motley

N

Nacogdoches

Navarro
Newton
Nolan
Nueces

O

Ochiltree
Oldham
Orange

P

Palo Pinto
Panola
Parker
Parmer
Pecos
Polk
Potter

R

Rains
Randall
Reagan
Real
Red River
Reeves
Refugio
Roberts
Robertson
Rockwall
Runnels
Rusk

S

Sabine
San Augustine
San Jacinto
San Patricio
San Saba
Schleicher
Scurry
Shackelford
Shelby
Sherman
Smith
Somervell

Starr
Stephens
Sterling
Stonewall
Swisher

T

Tarrant
Taylor
Terry
Throckmorton
Titus
Tom Green
Travis
Trinity
Tyler

U

Upshur
Upton
Uvalde

V

Van Zandt
Victoria

W

Walker
Waller
Ward
Washington
Webb
Wharton
Wichita
Wilbarger
Willacy
Williamson
Wilson
Winkler
Wise
Wood

Y

Yoakum
Young

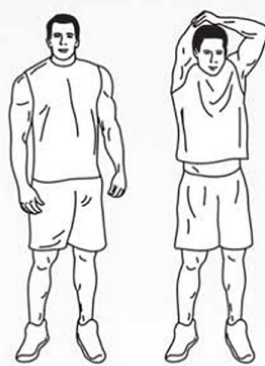
Ejercicios de Calentamiento

warm up

6 reps each © neilarey.com



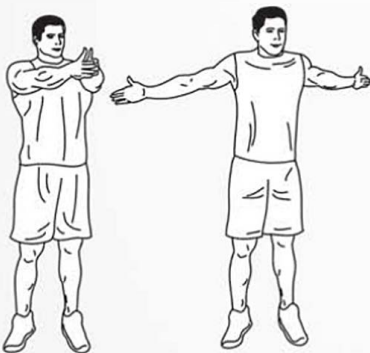
estiramiento del cuello



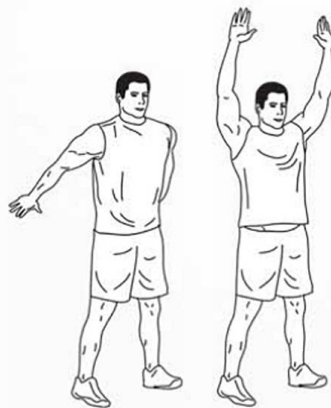
estiramiento de tríceps



estiramiento de hombros



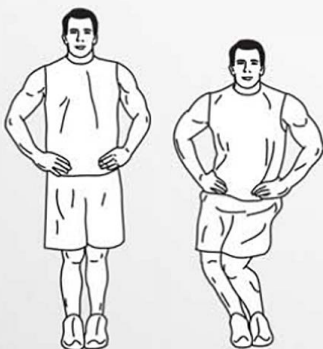
cofre dinámico



espalda dinámica



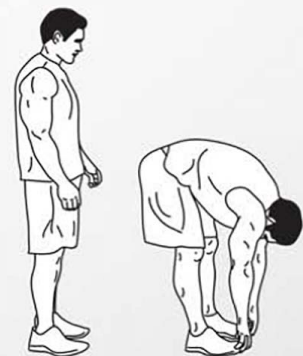
giros a media espalda



círculos de rodilla



círculos de cadera



toques del dedo del pie



Protegiéndote de

Estrés por calor

El estrés por calor, debido al esfuerzo o a ambientes calurosos, pone a los trabajadores en riesgo de sufrir enfermedades como insolación, agotamiento por calor o calambres por calor.

Golpe de calor

Una condición que ocurre cuando el cuerpo se vuelve incapaz de controlar su temperatura y puede causar la muerte o una discapacidad permanente.

Síntomas

- Temperatura corporal alta
- Confusión
- Pérdida de coordinación
- Piel caliente y seca o sudoración profusa.
- Dolor de cabeza punzante
- Convulsiones, coma

Primeros auxilios

- Solicitar asistencia médica inmediata.
- Traslade al trabajador a un área fresca y sombreada.
- Quitar el exceso de ropa y aplicar agua fría en el cuer

Agotamiento por calor

La respuesta del cuerpo a una pérdida excesiva de agua y sal, generalmente a través de la sudoración.

Síntomas

- Latidos cardíacos rápidos
- sudoración intensa
- Debilidad extrema o fatiga
- Mareo
- Náuseas, vómitos
- Irritabilidad
- Respiración rápida y superficial
- Temperatura corporal ligeramente elevada

Primeros auxilios

- Descanse en un lugar fresco.
- Beba mucha agua u otras bebidas frías.
- Tome una ducha fría, un baño o un baño de esponja.

Calambres por calor

Afecta a los trabajadores que sudan mucho durante una actividad extenuante. La sudoración agota los niveles de sal y humedad del cuerpo.

Síntomas

- Calambres musculares, dolor o espasmos en el abdomen, brazos o piernas.

Primeros auxilios

- Detenga toda actividad y siéntese en un lugar fresco.
- Beba jugo claro o una bebida deportiva, o beba agua con las comidas.
 - Evite las tabletas de sal.
- No vuelva a realizar trabajos extenuantes durante unas horas después de que desaparezcan los calambres.
- Busque atención médica si tiene lo siguiente: problemas cardíacos, sigue una dieta baja en sodio o si los calambres no desaparecen en una hora.

Protégete

Evite los esfuerzos intensos, el calor extremo, la exposición al sol y la alta humedad cuando sea posible. Cuando no se puedan evitar, tome las siguientes medidas preventivas:

- Controle su condición física y la de sus compañeros de trabajo para detectar signos o síntomas de enfermedades por calor.
- Use ropa de colores claros, holgada y transpirable, como por ejemplo de algodón.
 - Evite la ropa sintética no transpirable.
- Poco a poco vaya aumentando hasta llegar al trabajo pesado.
- Programe el trabajo pesado durante las horas más frescas del día.
- Tome más descansos cuando realice trabajos más pesados y en condiciones de mucho calor y humedad.
 - Tome descansos a la sombra o en un lugar fresco.
- Beba agua con frecuencia. Beba suficiente agua para que nunca tenga sed.
- Tenga en cuenta que la ropa protectora o el equipo de protección personal pueden aumentar el riesgo de enfermedades relacionadas con el calor.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Disease Control and Prevention
National Institute for Occupational Safety and Health

www.cdc.gov/niosh/topics/outdoor/

DHHS (NIOSH) Publication No. 2010-114

Telephone: 1-800-CDC-INFO

TTY: 1-888-232-6348

E-mail: cdcinfo@cdc.gov



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

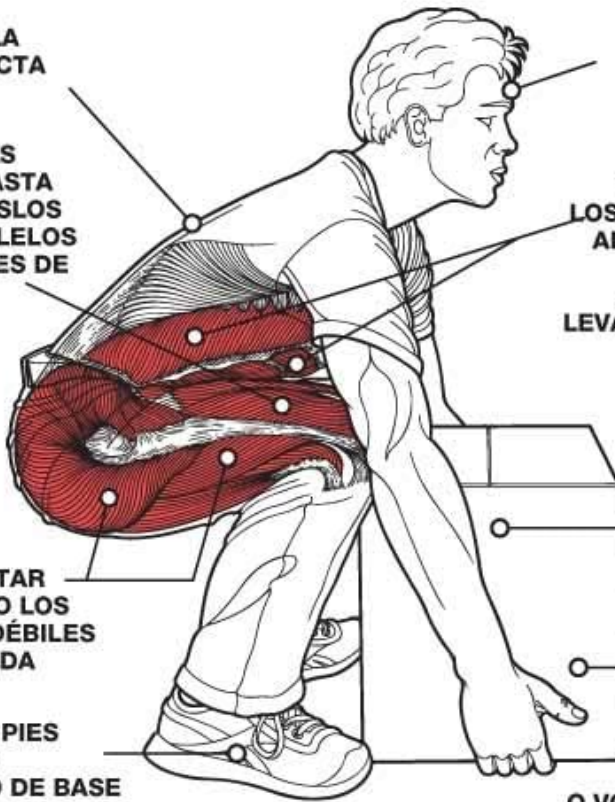
CÓMO LEVANTAR CARGAS DE MANERA SEGURA

MANTENGA LA ESPALDA RECTA

FLEXIONE LAS RODILLAS HASTA QUE SUS MUSLOS ESTÉN PARALELOS AL PISO ANTES DE LEVANTAR

USE LOS MÚSCULOS DE LAS PIERNAS Y SENTADERA PARA LEVANTAR Y BAJAR Y NO LOS MÚSCULOS DÉBILES DE LA ESPALDA

SEPRE LOS PIES PARA CREAR ESTABILIDAD DE BASE



MANTENGA LA CABEZA ERGUIDA

ENDUREZCA LOS MÚSCULOS ABDOMINALES ANTES Y DURANTE EL LEVANTAMIENTO

MANTENGA LA CARGA CERCA DE SU CUERPO

NO LEVANTE CARGAS DEMASIADO PESADAS O VOLUMINOSAS

Para levantar cargas en forma segura los músculos de sus piernas y sentaderas deberán hacer todo el trabajo, no los músculos débiles de su espalda.

Deberá mantener su espalda recta, cabeza erguida, músculos abdominales endurecidos y la carga cerca de su cuerpo.

SECUENCIA DE UN LEVANTAMIENTO SEGURO

1



Empiece con los pies medianamente separados y los dedos de los pies hacia afuera para crear una base estable. La carga deberá estar entre ambos pies y cerca de su cuerpo. Flexione las rodillas hasta que sus piernas estén a nivel del piso y sus sentaderas bajas. Su espalda debe estar recta y la cabeza hacia arriba. Endurezca los músculos del abdomen antes de levantar y evalúe la carga para determinar el peso de ésta.

2



Con movimiento lento y suave hacia arriba use los poderosos y grandes músculos de sus piernas y sentaderas para el levantamiento y mantenga los músculos abdominales endurecidos y su espalda recta. Haciendo esto, se evita hacer una presión indebida en los débiles músculos de la región lumbar.

3



Continúe lento y suave el levantamiento mientras mantiene sus músculos abdominales endurecidos, su espalda recta, la cabeza arriba, y la carga cerca del cuerpo, así los músculos de las piernas y sentaderas hacen todo el trabajo. No gire o tuerza el cuerpo porque eso le puede causar una lesión.

4



Levante la carga hasta que usted esté parado y tenga un pequeño arco en su región lumbar.

Cuando baje la carga al piso, realice la misma secuencia de levantamiento pero en manera reversa y asegúrese de usar las técnicas apropiadas que hacen que los músculos de las piernas y sentadera hagan todo el trabajo al bajar la carga.

PELIGRO

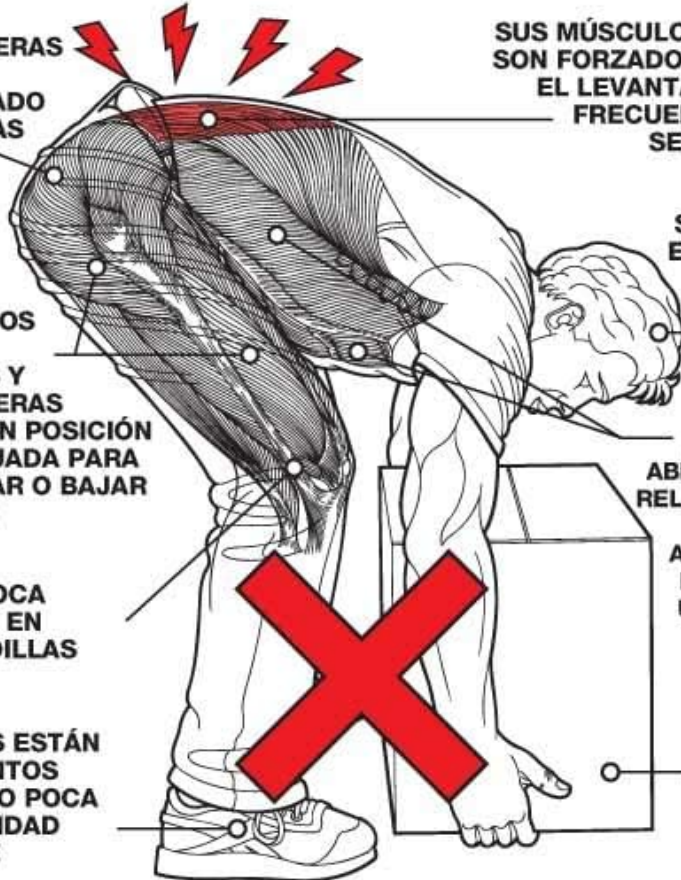
LEVANTAR CARGAS DE MANERA INSEGURO PUEDE CAUSAR LESIONES EN LA ESPALDA

SUS SENTADERAS ESTÁN DEMASIADO ELEVADAS

LOS MÚSCULOS DE SUS PIERNAS Y SENTADERAS ESTÁN EN POSICIÓN INADECUADA PARA LEVANTAR O BAJAR CARGAS

TIENE Poca FLEXIÓN EN SUS RODILLAS

LOS PIES ESTÁN MUY JUNTOS CREANDO Poca ESTABILIDAD DE BASE



SUS MÚSCULOS DÉBILES SON FORZADOS A HACER EL LEVANTAMIENTO Y FRECUENTEMENTE SE LASTIMAN

SU CABEZA ESTÁ HACIA ABAJO Y ENCIMA DE LA CARGA

LOS MÚSCULOS ABDOMINALES RELAJADOS NO PROTEGEN A LA REGIÓN LUMBAR DE UNA LESIÓN

LA CARGA ESTÁ MUY LEJOS DE SU CUERPO