

justice

Generated by: Legal AI Assistant
April 26, 2026

JUSTICE

Responsabilidades de la Compañía de Seguros Compañía de Seguros de Compensación para Trabajadores de California Responsabilidades: Un Análisis de las Obligaciones del Empleador y del Asegurador (PARTE A - ANÁLISIS PARA TRABAJADORES LESIONADOS)

1 de marzo de 2026

La información proporcionada a través de este Análisis impulsado por IA es únicamente para fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse como un sustituto del consejo de un abogado calificado. Las leyes y los resultados legales varían según los hechos específicos y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

© 2026 The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Generado por un Asistente Legal de IA. Facilitado por The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Todos los derechos reservados.

COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES DE CALIFORNIA: LO QUE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS DEBE HACER POR USTED

Este informe explica lo que una compañía de seguros de compensación para trabajadores está obligada a hacer cuando usted se lesiona en el trabajo en California. Cubre la investigación de su reclamo, el tratamiento médico, la sustitución de salarios, las notificaciones requeridas, los plazos y lo que sucede cuando la compañía de seguros no cumple con la ley.

Parte 1: Cómo Funciona el Sistema y Por Qué le Importa a Usted

Resumen del "Gran Acuerdo" de Compensación para Trabajadores

El sistema de compensación para trabajadores de California se basa en un acuerdo básico entre trabajadores y empleadores que ha existido por más de un siglo. Bajo este acuerdo, usted renunció a su derecho de demandar a su empleador en un tribunal regular por una lesión en el lugar de trabajo. A cambio, su empleador debe proporcionarle beneficios de compensación para trabajadores sin importar quién tuvo la culpa de la lesión. Departamento de Relaciones Industriales de California - Información para Empleadores (<https://www.dir.ca.gov/dwc/employer.htm>) Este acuerdo determina todo lo que la compañía de seguros debe hacer. Debido a que usted no puede demandar directamente a su empleador, el deber de la compañía de seguros de proporcionarle sus beneficios es absoluto. La compañía no puede negarle los beneficios simplemente porque no esté de acuerdo sobre qué causó su lesión.

Quién Debe Tener Cobertura

El Cal. Lab. Code § 3700 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/employer.htm>) exige que todo empleador de California proporcione beneficios de compensación para trabajadores. Esta regla se aplica sin importar el tamaño de la empresa - incluso un negocio con un solo empleado debe tener cobertura. DWC de California - Preguntas Frecuentes para Empleadores (<https://www.dir.ca.gov/dwc/faqs.html>) Cuando su empleador compra un seguro de compensación para trabajadores, la compañía de seguros se convierte en el administrador de reclamos. Esta es la compañía responsable de investigar su reclamo, decidir si aceptarlo o negarlo, y autorizar sus beneficios.

Leyes Clave que Rigen la Conducta de las Compañías de Seguros

Dos cuerpos principales de leyes controlan lo que la compañía de seguros debe hacer:

El Código Laboral de California establece los beneficios a los que usted tiene derecho, incluyendo tratamiento médico, sustitución de salarios y pagos por discapacidad.

El Título 8 del Código de Regulaciones de California (también llamado "CCR") contiene reglas detalladas sobre plazos, requisitos de notificación y estándares de investigación. Estas regulaciones tienen fuerza de ley y se hacen cumplir mediante auditorías y sanciones.

DWC de California - Información del Administrador de Reclamos
(<https://www.dir.ca.gov/dwc/ClaimsAdministrators.htm>)

La División de Compensación para Trabajadores

La División de Compensación para Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) es la agencia estatal que supervisa el sistema. La DWC tiene la autoridad para:

Aprobar o rechazar los planes de revisión de la compañía de seguros

Auditar los archivos de reclamos de la compañía de seguros

Imponer multas y sanciones por violaciones

Revocar la autoridad de la compañía para manejar reclamos si las violaciones son suficientemente graves

DWC de California - Revisión de Utilización (https://www.dir.ca.gov/dwc/ur_main.htm) Esto significa que la compañía de seguros no puede simplemente inventar sus propias reglas. Todas las decisiones importantes deben seguir las regulaciones existentes o ser sometidas a la DWC para su aprobación.

Parte 2: El Deber de la Compañía de Seguros de Investigar su Reclamo

Qué Significa el "Deber de Investigar"

Cuando usted reporta una lesión laboral, la compañía de seguros debe realizar una investigación razonable y oportuna. Esto es requerido por el Cal. Code Regs. tit. 8, § 10109(a)

(<https://www.lflm.com/news-knowledge/the-duty-to-investigate-applicants-attorneys-new-gold-mine-in-ccr-%C2%A710109a/>).

El deber de investigar no es opcional, y no termina una vez que la compañía acepta o niega su reclamo. Continúa durante toda la vida de su caso.

Importante: La compañía de seguros no puede investigar solo para encontrar razones para negar su reclamo.

La regulación establece específicamente que la compañía "no puede restringir su investigación a preparar objeciones o defensas contra un reclamo, sino que debe recopilar de manera completa y justa la información pertinente, independientemente de si esa información requiere o excusa el pago de beneficios." Cal. Code Regs. tit. 8, § 10109(b)

(<https://www.workinjuryhelp.com/insurance-companies-duty-investigate-workers-comp-cases/>)

Qué Debe Cubrir la Investigación

Una investigación adecuada examina todos los hechos que podrían afectar cualquier tipo de beneficio que se le pueda adeudar. Esto incluye:

Evaluación médica - ¿Es su lesión reportada consistente con sus deberes laborales? ¿La evidencia médica respalda lo que usted describió?

Hechos del lugar de trabajo - ¿Ocurrió la lesión durante las horas de trabajo? ¿Estaba realizando su trabajo en ese momento?

Todas las partes del cuerpo afectadas - La compañía debe examinar cada parte del cuerpo que pueda estar lesionada, no solo la que usted reportó primero.

Todos los tipos de beneficios - Incluso si solo preguntó sobre tratamiento médico, la compañía también debe verificar si se le adeudan pagos por discapacidad, sustitución de salarios o rehabilitación vocacional.

Myers Law Group - Proceso de Investigación de Reclamos de Compensación Laboral de California (<https://www.myerslawgroup.com/what-to-expect-during-a-california-workers-comp-claim-investigation/>)

Plazos Estrictos para la Investigación

La investigación debe seguir un cronograma estricto:

Dentro de un día hábil después de enterarse de su lesión, su empleador debe entregarle un formulario de reclamo DWC-1 y un aviso sobre sus posibles beneficios. Cal. Lab. Code § 5401 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-54005413.html>)

Dentro de los 14 días posteriores a que el empleador se entere de su lesión y de su incapacidad para trabajar, la compañía de seguros debe aceptar su reclamo, negarlo, o enviarle un aviso de demora explicando por qué necesita más tiempo. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9812 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9812.html>)

La compañía tiene un máximo de 90 días desde que usted presenta el formulario DWC-1 para tomar una decisión final. Este es el plazo crítico que se explica en detalle en la Parte 5.

Parte 3: Tratamiento Médico - Su Derecho a Atención Inmediata

El Tratamiento Debe Autorizarse Dentro de un Día Hábil

Una de las reglas más importantes protege su derecho al tratamiento médico. De conformidad con Cal. Lab. Code § 5402(c)

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-5400-5413.html>)

, la compañía de seguros debe autorizar el tratamiento médico dentro de un día hábil después de que usted presente su formulario de reclamo - incluso si la compañía aún está investigando si su lesión está relacionada con el trabajo. Importante: La compañía de seguros no puede esperar hasta decidir si acepta su reclamo antes de autorizar el tratamiento. Usted tiene derecho a recibir tratamiento durante todo el período de investigación. El tratamiento debe cubrir todo lo que sea "razonablemente requerido para curar o aliviar" los efectos de su lesión, conforme al Cal. Lab. Code § 4600

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74600-right-to-medicaltreatment-workers-comp/>).

Esto incluye:

Visitas al médico y cirugía

Terapia física y manejo del dolor

Medicamentos recetados

Equipo médico, aparatos ortopédicos y dispositivos protésicos (miembros artificiales)

Tratamiento de salud mental relacionado con su lesión laboral

California DWC - Pautas de Atención Médica (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

El Límite de \$10,000 Durante la Investigación

Mientras la compañía investiga su reclamo (hasta 90 días), existe un límite de \$10,000 en los costos de tratamiento médico. Este límite solo se aplica durante el período de investigación. Una vez que la compañía acepta su reclamo, el límite desaparece, y la compañía debe pagar por todo el tratamiento médicamente necesario sin límite monetario. California DWC - Preguntas Frecuentes para Empleados (<https://www.dir.ca.gov/dwc/wcfaqiw.html>)

Programa de Utilización del Tratamiento Médico (MTUS)

Todo el tratamiento debe seguir el Programa de Utilización del Tratamiento Médico (MTUS). Este es un conjunto de pautas médicas basadas en evidencia, adoptadas por la DWC, que define qué se considera tratamiento "razonable y necesario". El MTUS cubre el tratamiento para partes específicas del cuerpo, condiciones como dolor crónico, prescripción de opioides y recuperación postquirúrgica. California DWC - Programa de Utilización del Tratamiento Médico (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) Si su médico considera que usted necesita un tratamiento que exceda lo recomendado por el MTUS, el médico debe proporcionar evidencia médica que explique por qué el tratamiento adicional es necesario para su condición específica. Employees First Labor Law - Descripción General del MTUS (<https://employeesfirstlaborlaw.com/what-is-the-medical-treatment-utilizationschedule-mtus/>)

Cobertura de Dispositivos Protésicos y de Asistencia

El Cal. Lab. Code § 4600(a) (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74600-right-to-medicaltreatment-workers-comp/>) incluye específicamente "dispositivos y servicios ortóticos y protésicos." Si su médico le receta un miembro artificial, un aparato ortopédico, una silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia, la compañía de seguros debe autorizarlo y pagarlo. Esta obligación incluye reemplazos y modificaciones futuras por el resto de su vida. Law Office of Joseph Richards - Dispositivos de Asistencia en Compensación Laboral (<https://www.pi.law/practiceareas/workers-compensation-claim/assistive-devices/>)

Parte 4: Reemplazo de Salarios y Beneficios por Discapacidad

Discapacidad Total Temporal (TTD)

Si su médico determina que usted no puede trabajar en absoluto debido a su lesión, tiene derecho a beneficios por discapacidad total temporal (TTD, por sus siglas en inglés). La TTD paga dos tercios (2/3) de su salario semanal promedio, hasta un máximo de aproximadamente \$1,619.15 por semana (ajustado anualmente).

California DWC - Hoja Informativa sobre Beneficios por Discapacidad Temporal

(https://www.dir.ca.gov/dwc/factsheets/factsheet_c.pdf) La TTD comienza cuando su médico determina que usted no puede trabajar por más de tres días, o cuando es hospitalizado durante la noche. Si su discapacidad dura más de 14 días, la TTD se paga a partir del primer día que no pudo trabajar. La TTD está limitada a 104 semanas dentro de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Para lesiones catastróficas, como quemaduras graves o amputaciones, la TTD puede durar hasta 240 semanas. Diefer Law - Beneficios de Reemplazo de Salarios

(<https://dieferlaw.com/blog/understanding-wage-replacementbenefits-in-a-workers-compensation-case/>)

Importante: La compañía de seguros no puede detener sus pagos de TTD por su cuenta sin una determinación del médico de que usted puede regresar al trabajo, o sin una orden de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB).

Discapacidad Parcial Temporal (TPD)

Si puede hacer algún trabajo pero gana menos de lo que ganaba antes de su lesión, puede recibir discapacidad parcial temporal (TPD). La TPD paga dos tercios de la diferencia entre sus salarios anteriores y sus salarios actuales reducidos. Por ejemplo: Si usted ganaba \$1,200 por semana antes de la lesión y ahora gana \$600 en trabajo modificado, su beneficio de TPD sería aproximadamente \$400 por semana (2/3 de la diferencia de \$600).

Discapacidad Permanente (PD)

Una vez que su condición se establezca y su médico diga que ha alcanzado la mejoría médica máxima (MMI) - también llamada estado permanente y estacionario (P&S) - usted puede recibir beneficios por discapacidad permanente (PD). La PD se basa en una calificación de discapacidad que considera su nivel de deterioro, su edad, su ocupación y su capacidad futura para generar ingresos. Employees First Labor Law - Guía de Discapacidad Total Permanente

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-total-disability-in-california-workers-comp-lifetime-benefitsguide/>) Para la incapacidad permanente parcial, los beneficios se pagan durante un número determinado de semanas dependiendo de su porcentaje de calificación. Para la incapacidad permanente total del 100%, la compañía de seguros debe pagarle beneficios por el resto de su vida.

Parte 5: La Regla de los 90 Días - El Plazo Más Importante

Cómo Funciona la Regla de los 90 Días

El artículo 5402(b) del Código Laboral de California

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article2/section-5400-5413.html>) establece el plazo más importante en el sistema de compensación para trabajadores. Si la compañía de seguros no niega su reclamo dentro de los 90 días posteriores a la presentación de su formulario de reclamo DWC-1, se presume automáticamente que su lesión está relacionada con el trabajo y su reclamo se acepta legalmente.

DaisyBill - Reclamos Presuntamente Aceptados

(<https://blog.daisybill.com/liable-by-default-failure-to-deny-a-claim-means-the-claim-isaccepted>) Esto significa:

El reloj de los 90 días comienza cuando la compañía de seguros recibe su formulario de reclamo.

Si la compañía no emite una denegación antes del final del día 90, su reclamo queda aceptado por ley, incluso si la compañía considera que debería ser denegado.

La compañía no puede corregir este error argumentando que el reclamo carecía de fundamento.

Bradford Barthel - Cuándo Comienza el Período de Investigación de 90 Días

(<https://bradfordbarthel.com/2020/10/08/decision-time-when-does-the-90-day-investigation-period-begin/>)

La Única Excepción: Evidencia Verdaderamente Nueva

La única forma en que una compañía de seguros puede superar la presunción de los 90 días es con evidencia que no pudo haberse descubierto durante el período de 90 días. Esta excepción es muy limitada. La compañía debe probar las tres condiciones siguientes:

La evidencia es importante para determinar si su reclamo debe aceptarse

La evidencia no se conocía durante el período de 90 días

Ninguna investigación razonable habría encontrado la evidencia durante esos 90 días

R.J. Yruegui & Roberts - La Regla de los 90 Días

(<https://www.rjylaw.com/workers-compensation-defense-incalifornia-what-is-the-90-day-rule/>) Si la compañía simplemente no buscó la evidencia disponible durante los 90 días, esa evidencia no cuenta como "nueva".

Cuándo Comienza a Correr el Plazo

El período de 90 días generalmente comienza cuando la compañía de seguros recibe su formulario de reclamo. Para las lesiones por trauma acumulativo (lesiones que se desarrollan lentamente con el tiempo debido a actividades laborales repetitivas), la fecha de la lesión es cuando usted supo por primera vez, o debería haber sabido, que su condición estaba relacionada con su trabajo. Invictus Law - Plazos para Presentar Reclamos (<https://www.invictuslawpc.com/resources/workers-comp-claim-filing-time-limits/>)

Parte 6: Revisión de Utilización - Cómo se Toman las Decisiones sobre el Tratamiento

¿Qué Es la Revisión de Utilización?

La revisión de utilización (UR, por sus siglas en inglés) es el proceso que las compañías de seguros utilizan para decidir si aprueban o niegan el tratamiento que su médico recomienda. Toda compañía de seguros debe contar con un programa de UR. El artículo 4610 del Código Laboral de California (<https://www.dir.ca.gov/dwc/urmain.htm>) y el título 8 del Código de Reglamentos de California, §§ 9792.6-9792.15 (<https://www.dir.ca.gov/t8/97929.html>) establecen las reglas. Importante: Solo un médico con licencia puede tomar una decisión de UR para negar o modificar su tratamiento basándose en la necesidad médica. El ajustador de seguros por sí solo no puede negar el tratamiento.

Plazos para las Decisiones de UR

La compañía de seguros debe cumplir plazos estrictos al revisar la solicitud de tratamiento de su médico:

Solicitudes de rutina: Decisión dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud completa

Revisión concurrente (tratamiento ya en curso o a punto de iniciarse): Decisión dentro de 24 horas, seguida de una notificación por escrito dentro de 2 días hábiles

Revisión acelerada (su condición podría empeorar con la demora): Decisión dentro de 72 horas

Título 8 del Código de Reglamentos de California, § 9792.9 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html)

Lo que Debe Incluir la Denegación de UR

Si la compañía de seguros niega o modifica su tratamiento, la denegación por escrito debe explicar:

La fecha en que se recibió la solicitud

Qué tratamiento se solicitó

La razón médica de la denegación

El nombre y la especialidad del médico revisor

Cómo solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) si usted no está de acuerdo

A partir del 1 de abril de 2026, las organizaciones de UR deberán obtener una acreditación especial (URAC Workers' Compensation Utilization Management). Las que no lo hagan se enfrentarán a sanciones y a una posible suspensión. Enlyte - Actualizaciones a la Regulación de UR de California 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utiliz>)

Parte 7: Revisión Médica Independiente - Su Derecho a Apelar las Denegaciones de Tratamiento

¿Qué Es la Revisión Médica Independiente?

Si el proceso de UR de la compañía de seguros niega el tratamiento que su médico recomendó, usted tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). La IMR reemplazó el antiguo sistema de impugnar las denegaciones de tratamiento ante los tribunales. Es más rápida y no requiere un abogado. DWC de California - Revisión Médica Independiente (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>)

Cómo Solicitar una IMR

Debe presentar su solicitud de IMR dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la denegación de UR. Para denegaciones de cobertura de medicamentos, el plazo es de 10 días.

Debe presentar un formulario DWC IMR-1 completado junto con una copia de la carta de denegación de UR.

La compañía de seguros debe proporcionar todos los registros médicos pertinentes a la organización de IMR dentro de los 15 días calendario (o 24 horas en casos urgentes).

Artículo 4610.5 del Código Laboral de California

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article2/section-4610-5/>)

La Decisión de la IMR es Vinculante

Un médico independiente revisa si su tratamiento es médicamente necesario conforme a las pautas de MTUS. Fundamental: Si el revisor de IMR está de acuerdo con su médico, la compañía de seguros debe autorizar y pagar el tratamiento. La compañía no puede apelar ni solicitar la reconsideración de una decisión de IMR que le resulte favorable a usted. Si el revisor está de acuerdo con la denegación de la compañía de seguros, usted aún puede presentar una Solicitud de Adjudicación de Reclamo ante la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores.

Parte 8: Avisos Requeridos - Lo que la Compañía de Seguros Debe Comunicarle

Tipos de Avisos Requeridos

La compañía de seguros debe enviarle avisos por escrito en momentos clave a lo largo de su reclamo. El título 8 del Código de Regulaciones de California, §§ 9812-9814 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9812.html>) y el Manual de Instrucciones sobre Avisos de Beneficios del DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/BenefitiNoticeManual/BenefitNoticeManual.pdf>) establecen los requisitos detallados. Los avisos requeridos incluyen:

Dentro de los 14 días siguientes a que el empleador se entere de su lesión: Un aviso aceptando su reclamo, negándolo, o explicando la demora

Avisos cuando los pagos de incapacidad temporal comiencen, se detengan o cambien

Avisos sobre determinaciones de incapacidad permanente

Avisos cuando su reclamo se esté cerrando

Cada aviso debe explicar sus derechos, indicarle cómo disputar una decisión y proporcionarle la información

de contacto de la Unidad de Información y Asistencia del DWC. Puede llamar a este servicio gratuito al 1-800-736-7401 en cualquier momento.

Accesibilidad Lingüística

Los avisos deben redactarse en un lenguaje claro y comprensible. Si su idioma principal no es el inglés, la compañía de seguros debe proporcionarle los avisos en su idioma. La Ley "Conozca sus Derechos en el Lugar de Trabajo", vigente a partir del 1 de enero de 2026, exige que los empleadores proporcionen un aviso anual por escrito sobre los derechos de compensación para trabajadores en los idiomas que se usan habitualmente en el lugar de trabajo. Comisionado Laboral de California - Ley "Conozca sus Derechos en el Lugar de Trabajo" (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2026/2026-14.html>) Importante: Si usted no habla bien inglés, tiene derecho a recibir avisos e información sobre su reclamo en su idioma. Pida ayuda a su ajustador de reclamos o comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia del DWC.

Parte 9: Sanciones Cuando la Compañía de Seguros Incumple las Reglas

Sanciones por Demora Irrazonable - Código Laboral § 5814

Cuando la compañía de seguros demora o se niega de manera irrazonable a pagar sus beneficios, debe pagar una sanción. Conforme al Código Laboral de California § 5814 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A75814-penalties-for-unreasonable-delay-or-denial/>), la sanción es del 25% del monto del beneficio demorado, hasta un máximo de \$10,000. La palabra clave es "irrazonablemente". No toda demora activa una sanción; solamente las demoras sin una razón válida. Ejemplos de demora irrazonable incluyen:

Negarse a autorizar tratamiento claramente necesario sin una razón médica

No enviar cheques de beneficios después de haber decidido pagar

Ignorar plazos sin explicación

Justia - Sanciones a las Compañías de Seguros bajo la Compensación para Trabajadores (<https://www.justia.com/workerscompensation/insurance-company-penalties/>)

Sanciones Automáticas por Pagos Tardíos de Incapacidad Temporal

El Código Laboral de California § 4650(d) (https://www.dir.ca.gov/dwc/factsheets/factsheet_c.pdf) impone una sanción automática del 10% si los pagos de incapacidad temporal no se efectúan dentro de los 14 días después de que la compañía de seguros se entera de su lesión e incapacidad. A diferencia de la sanción del § 5814, esta sanción no requiere prueba de que la demora fue irrazonable - se aplica automáticamente a los pagos tardíos.

Sanciones por Auditorías del DWC

El DWC audita regularmente los expedientes de las compañías de seguros. Las infracciones detectadas durante las auditorías resultan en sanciones conforme al Código de Regulaciones de California, tít. 8, § 10111.2 (https://www.dir.ca.gov/t8/10111_2.html):

No proporcionar los formularios de reclamo a tiempo: \$100

No aceptar o negar los reclamos dentro de 90 días: \$100

No autorizar tratamiento médico dentro de un día hábil: \$100

No pagar los beneficios a tiempo: \$100-\$400

No seguir los procedimientos de RU (Revisión de Utilización): \$500-\$1,000+

Infracciones graves o reiteradas: \$5,000+ por expediente de reclamo

Las compañías de seguros con patrones de incumplimiento pueden enfrentar la suspensión de su autoridad de administración de reclamos o ser remitidas al Programa de Fraude de Compensación para Trabajadores del Departamento de Seguros de California

(<https://www.insurance.ca.gov/0300-fraud/0100-fraud-division-overview/10-anti-fraud-prog/WorkersComp.cfm>) para acciones adicionales.

Parte 10: Atención Médica Futura y Obligaciones a Largo Plazo

Su Derecho a Atención Médica de por Vida

A diferencia de los beneficios por incapacidad temporal (que terminan después de 104 o 240 semanas), su derecho a atención médica por una lesión laboral no tiene límite de tiempo. El Código Laboral de California § 4600

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74600right-to-medical-treatment-workers-comp/>) exige que la compañía de seguros pague todo el tratamiento médico razonablemente necesario por el resto de su vida. Esto incluye:

Manejo continuo del dolor

Cirugías futuras por problemas relacionados con la lesión original

Reemplazos y modificaciones de dispositivos protésicos

Medicamentos recetados

Equipo de asistencia para el cuidado

William Kropach - Atención Médica Futura en Compensación para Trabajadores
(<https://williamkropach.com/future-medicalcare/>)

Reapertura de un Reclamo Cerrado

Incluso después del cierre de su reclamo, usted tiene derechos limitados para reabrirlo conforme al Código Laboral de California § 5410

(<https://www.invictuslawpc.com/resources/workers-comp-claim-filing-time-limits/>). Si su condición empeora o desarrolla una nueva incapacidad relacionada con la lesión original, puede presentar un reclamo por "incapacidad nueva y adicional" dentro de cinco años a partir de la fecha de la lesión original.

Parte 11: Acuerdos de Conciliación y Cierre del Reclamo

Acuerdos de Compromiso y Liberación

Si usted y la compañía de seguros acuerdan resolver su reclamo mediante un acuerdo de compromiso y liberación, un juez de compensación para trabajadores debe aprobar el acuerdo antes de que sea definitivo. El juez verifica que el acuerdo sea justo con base en su condición, pronóstico y el valor de sus beneficios futuros.

Koszdin - Guía del Cronograma del Acuerdo de Compensación para Trabajadores de California

(<https://koszdin.com/blog/2025/12/california-workerscomp-settlement-timeline-guide/>) Importante: La compañía de seguros no puede presionarlo para que acepte un monto de acuerdo. Un juez debe revisar y

aprobar el trato. Si usted no tiene abogado, el juez presta especial atención para asegurarse de que el acuerdo sea justo. Una vez que un juez aprueba un acuerdo, la compañía de seguros debe pagar dentro de los 30 días. Scher, Bassett & Hames - La Regla de los 90 Días para la Compensación para Trabajadores (<https://scherandbassett.com/what-is-the-90-day-rule-for-workerscompensation-in-california/>)

Parte 12: Trato Justo y Su Derecho a un Trato de Buena Fe

La Compañía de Seguros Debe Tratarlo con Justicia

El Código de Regulaciones de California, tít. 8, § 10109(e) (<https://www.workinjuryhelp.com/insurance-companies-duty-investigateworkers-comp-cases/>) exige que las compañías de seguros "traten de manera justa y de buena fe con todos los reclamantes". Esto significa que la compañía no puede:

Demorar pagos deliberadamente para presionarlo a aceptar un acuerdo bajo

Utilizar médicos parcializados conocidos por negar reclamos

Ignorar beneficios que claramente se le deben

Negar tratamiento sin una evaluación médica

Suspender los pagos por incapacidad sin evidencia médica adecuada

El Deber Continuo de Investigar

El deber de investigar su reclamo no termina cuando el reclamo es aceptado o denegado. Si la compañía de seguros posteriormente encuentra información que demuestre que se le adeudan beneficios adicionales -tales como incapacidad permanente o rehabilitación vocacional- debe investigar más a fondo y autorizar dichos beneficios. La compañía no puede adoptar una visión restringida de lo que le adeuda.

Parte 13: Pasos Clave para Proteger Sus Derechos

Si usted se lesiona en el trabajo en California, tome estos pasos para protegerse:

Reporte su lesión a su empleador inmediatamente, por escrito si es posible.

Presente su formulario de reclamo DWC-1 tan pronto como su empleador se lo entregue. El plazo de 90 días comienza cuando usted presenta este formulario.

Obtenga tratamiento médico de inmediato. La compañía de seguros debe autorizar el tratamiento dentro de un día hábil después de recibir su formulario de reclamo.

Guarde copias de todos los documentos, avisos y expedientes médicos relacionados con su reclamo.

Lleve un registro de todos los plazos. Marque 14 días y 90 días a partir del momento en que presentó su formulario de reclamo.

Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia del DWC al 1-800-736-7401 si tiene preguntas o cree que la compañía de seguros no está cumpliendo con la ley. Este servicio es gratuito.

Solicite una Revisión Médica Independiente (IMR) dentro de los 30 días si su tratamiento es denegado mediante revisión de utilización.

Considere contratar a un abogado si su reclamo es denegado, retrasado o involucra lesiones graves. Los abogados de compensación para trabajadores en California generalmente trabajan sobre un porcentaje de su

indemnización, por lo que usted no paga por adelantado.

DWC de California - Guía de Compensación para Trabajadores Lesionados
(<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/injuredworkerguidebook.pdf>)

Referencias

Código Laboral de California §§ 5400-5413 (Requisitos del Formulario de Reclamo y de Notificación) -
Legislatura de California.

<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-54005413.html>
(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section5400-5413.html>)

Proceso de Investigación de Reclamos de Compensación para Trabajadores de California - Myers Law Group.

<https://www.myerslawgroup.com/what-to-expect-during-a-california-workers-comp-claim-investigation/>
(<https://www.myerslawgroup.com/what-to-expect-during-a-california-workers-comp-claim-investigation/>)

Quién Paga Mis Facturas Médicas Después de una Lesión Laboral en California - Hanning & Sacchetto.

<https://www.hanningsacchetto.com/blog-post/who-pays-my-medical-bills-after-a-california-workplaceinjury/>
(<https://www.hanningsacchetto.com/blog-post/who-pays-my-medical-bills-after-a-californiaworkplace-injury/>
)

Información para Empleadores - Departamento de Relaciones Industriales de California.

<https://www.dir.ca.gov/dwc/employer.htm> (<https://www.dir.ca.gov/dwc/employer.htm>)

Programa contra el Fraude de Compensación para Trabajadores - Departamento de Seguros de California.

<https://www.insurance.ca.gov/0300-fraud/0100-fraud-division-overview/10-anti-fraud-prog/WorkersComp.cfm>
(<https://www.insurance.ca.gov/0300-fraud/0100-fraud-division-overview/10-anti-fraudprog/Workers-Comp.cfm>)

Pautas de Atención Médica - DWC de California. <https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>
(<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

Guía del Cronograma de Acuerdos de Compensación para Trabajadores de California - Koszdin.

<https://koszdin.com/blog/2025/12/california-workers-comp-settlement-timeline-guide/> (<https://kos>