Debe ser recibido por internet o por correo con sello postal fechado a más tardar el 8 de noviembre de 2019.

USC STUDENT HEALTH CENTER SETTLEMENT (CONCILIACIÓN DE CENTRO DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE LA USC) C/O JND LEGAL ADMINISTRATION P.O. BOX 91233 SEATTLE, WA 98111-9333 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM

USC

Usted puede enviar su Formulario de reclamo en línea a www.uscTyndallSettlement.com

FORMULARIO DE RECLAMOS DE NIVEL 2 Y NIVEL 3

INSTRUCCIONES GENERALES

Sírvase revisar las siguientes instrucciones antes de proceder:

Recuerde que usted puede presentar un reclamo de nivel 2 o nivel 3, pero no ambos.

Para decidir si presenta un reclamo de nivel 2 o nivel 3, tenga en cuenta lo siguiente:

- Para hacer un reclamo de nivel 2 o nivel 3, usted deberá describir a continuación su experiencia, y el impacto que tuvo en usted dicha experiencia.
- Para hacer un reclamo de nivel 3, también debe tener una entrevista con un especialista del Panel.
- Un reclamo de nivel 2 dará como resultado una compensación entre mínimo \$7,500 y máximo \$20,000 (sujeto a un ajuste *proporcional*).
- Un reclamo de nivel 3 compensable dará como resultado una compensación entre mínimo \$7,500 y máximo \$250,000 (sujeto a un ajuste *proporcional*). Sin embargo, si se rehúsa a participar en la entrevista, en ningún caso podrá recibir una recompensa que supere el rango de Compensación por reclamo de nivel 2 entre \$7,500 y \$20,000.

Si desea enviar un reclamo de nivel 2 o nivel 3, por favor complete las secciones A, C, D, E, F, y firme con su nombre en la Sección G.

Debe completar la sección B únicamente si es representada por un abogado.

Recuerde que si usted es una Integrante del Grupo, podrá recibir un pago mínimo garantizado de nivel 1, independientemente de si usted efectúa un Reclamo de nivel 2 o nivel 3. Por favor consulte el sitio web de la Conciliación den www.usc.ncm.nih.gov/www.usc.ncm para obtener información adicional.

El presente Formulario de reclamo también puede completarse por Internet en www.USCTyndallSettlement.com.

ESTA INFORMACIÓN ES ALTAMENTE CONFIDENCIAL Y NO SERÁ COMPARTIDA CON NINGUNA PERSONA QUE NO SEA DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN DESIGNADO POR EL TRIBUNAL Y LAS EMPRESAS ASEGURADORAS DE USC.

	SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMANTE				
1.	NOMBRE DE LA RECLAMANTE:	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
2.	NOMBRE ANTERIOR O NOMBRE DE SOLTERA (NOMBRE DE ESTUDIANTE):				
3.	FECHA DE NACIMIENTO:	Mes	Día		Año
4.	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRIBUYENTE O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJERO (SI NO ES CIUDADANA ESTADOUNIDENSE):			」○	
5.	DIRECCIÓN ACTUAL:	Dirección física (incluyendo núm	ero de unidad/apartamento, si col	rresponde)
		Ciudad			
		Estado/provincia			
		Código postal		P	² aís
6.	NÚMERO DE TELÉFONO:	(() — Código de área		
7.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:				

8. FECHAS DE							
	INSCRIPCIÓN EN USC:	Desde:	Mo	s y año	h	asta: Mes y año	
	LN 000.		ivie	s y ano		Wes y and	
		Escuela	a/departament	o:			
9.	FECHA(S) EN QUE FUE TRATADA SI NO ERA		_ / / (MM/DD/AAA	A)			
	ESTUDIANTE DE USC:						
			_ / <u> </u>	A)			
10.	. ¿EL INGLÉS ES SU IDIOMA MATERNO?	Sí:	No: 🗆				
11.	. SI RESPONDIÓ "NO" A LA PREGUNTA 10, ¿CUÁL ES SU IDIOMA MATERNO/NATIVO?						
	MATERITO !						
	SECCIÓ	ON B: I	NFORMAC	CIÓN DE	LOS A	ABOGADOS	
rep	Si usted es representada por un abogado, ingrese la información del abogado en esta Sección B. (Usted solo es representada por un abogado si firmó un acuerdo o contrato de representación para contratar a dicho abogado.) Si usted no es representada por un abogado, omita esta sección.						
1.	NOMBRE DEL	Primer nom	bre	Inicial del segundo	Apellido		Sufijo
	ABOGADO:			nombre			
2.	NOMBRE DE LA FIRMA DE ABOGADOS:						
		Dirección 1					
		Dirección 2					
2	CORREO POSTAL DE						
3.	LA FIRMA DE ABOGADOS	Ciudad					
	DIRECCIÓN:	Estado/prov	vincia				
		Código pos	tal			País	

	TELÉFONO DEL ABOGADO:	(
	CORREO ELECTRÓNICO DEL ABOGADO DIRECCIÓN:	

	SECCIÓN C: SELECCIÓN DE RECLAMO			
Selecc	Seleccione <u>una</u> de las siguientes dos opciones de reclamo:			
	Reclamo de nivel 2	(elijo proporcionar información únicamente llenando este formulario de reclamo, y comprendo que este podría habilitarme para recibir una compensación de \$7,500 a \$20,000.)		
	Reclamo de nivel 3	(elijo proporcionar información llenando este formulario de reclamo y participando en una entrevista realizada por el Panel, y entiendo que esto podría habilitarme para recibir una compensación de \$7,500 a \$250,000.)		

SECCIÓN D: TRATAMIENTO POR PARTE DEL DR. TYNDALL EN LA USC

Por favor complete la información a continuación. Usted podrá utilizar hojas de papel adicionales para describir sus experiencias.

Si necesita o desea alguna asistencia para llenar este Formulario de reclamo, el Tribunal ha designado a algunos abogados que representarán a las Integrantes del Grupo de la Conciliación, y esos abogados están disponibles sin costo para usted a fin de ayudarle. Llame al 1-888-663-1718 y seleccione la opción 8 o envíe un correo electrónico a ClassCounsel@USCTyndallSettlement.com.

Para cada fecha en la que usted fue evaluada por el Dr. George Tyndall, responda las siguientes preguntas. Por favor, sea lo más específica posible. Si puede, indique el día, mes, y el año de su cita. Si no recuerda el mes, por favor, intente recordar la temporada de año (otoño, invierno, primavera, verano). Adjunte páginas adicionales para describir otras visitas según sea necesario.

	VISITA 1	
1. Fecha:	2. Instalación:	3. ¿Fue esta su primera visita a un ginecólogo?
4. Motivo de la cita que usted progr	ramó:	
5. ¿Cuál esperaba que fuera el resu	ultado de esta cita programada o v	sita no programada?
6. ¿Sucedió algo diferente a lo que	esperaba? y si es así, ¿qué suced	ó?

7. Por favor describa cualquier conversación que haya tenido con el personal de recepción en el centro de salud para estudiantes en relación con el Dr. Tyndall al momento en que usted programó su cita:
8. ¿Dónde se reunió con el Dr. Tyndall (p. ej., en su despacho, sala de exámenes, etc.)?
Por favor, describa qué ocurrió durante su cita con el Dr. Tyndall respondiendo a las siguientes preguntas.
Si necesita o desea obtener asistencia para completar este Formulario de reclamo, el Tribunal ha designado algunos abogados que representarán a las Integrantes del Grupo de la Conciliación, y esos abogados están disponibles sin costo para usted a fin de ayudarle. Llame al 1-888-663-1718 y seleccione la opción 8 o envíe un correo electrónico a ClassCounsel@USCTyndallSettlement.com .
Por favor incluya el mayor detalle posible en relación con el examen físico que le realizó el Dr. Tyndall, incluido lo que recuerde de sus procedimientos, si corresponde.
9. ¿Le pidió que se desvistiera?
Sí: □ No: □

10. Si respondió "Sí" arriba, ¿usted se retiró la ropa parcial o completamente? Parcialmente □
Completamente
11. Si la respuesta es sí, ¿cómo reaccionó a esta solicitud en el momento en que se produjo?
12. Si la respuesta es sí, ¿cómo se siente sobre eso ahora?

¿Cuál fue el motivo que le indicó el Dr. Tyndall para que se desvistiera?
¿El Dr. Tyndall le hizo alguna pregunta extraña? ¿El Dr. Tyndall le hizo algún comentario sobre su cuerpo que no parecía profesional? Si es así, por favor, describa con el mayor detalle que usted pueda recordar con exactitud.
Por favor describa en la medida de sus recuerdos las conversaciones, comentarios o declaraciones realizados por el Dr. Tyndall. Incluya lo dicho por el Dr. Tyndall antes, durante o después de su examen, especialmente si los comentarios parecían despectivos, ofensivos, acosadores, o la hicieron sentir incómoda.

16.	Por favor describa cualquier declaración verbal u otras manifestaciones realizadas mediante gestos, fotografías o dispositivos relacionados con supuesta educación sexual, o descripciones de la anatomía masculina o femenina, proporcionadas por el Dr. Tyndall. Esto podría incluir instrucciones sobre control de natalidad.
17.	Por favor describa todos los materiales que el Dr. Tyndall le mostró o le dio, si corresponde.
18.	En el proceso de ser examinada, ¿él golpeó o tocó alguna parte de su cuerpo de una manera que la hizo sentir incómoda, incluyendo brazos, piernas, senos, cabello u otras partes?

19.	Por favor suministre detalles sobre cualquier medicamento recetado que el Dr. Tyndall le haya dado a usted. Indique si usted solicitó los medicamentos recetados o fueron proporcionados sin su solicitud, y el propósito declarado de los medicamentos recetados por el Dr. Tyndall, si corresponde.
20.	Por favor describa cualquier diagnóstico o recomendación para seguimiento que el Dr. Tyndall le haya dado, y sus explicaciones.
21.	¿El Dr. Tyndall realizó algún comentario sexual inadecuado (por ejemplo, comentarios sexuales que podrían haberla hecho sentir incómoda, o que considera que podrían haber sido inadecuados, o sospecha que podrían haber sido innecesarios desde el punto de vista médico)?
	Sí: □ No: □

22.	Si la respuesta es sí, por favor, describa tales comentarios. ¿Cómo se sintió al respecto en el momento en que se produjeron?
23.	Si la respuesta es sí, ¿cómo se siente sobre eso ahora?
24.	¿El Dr. Tyndall penetró digitalmente su vagina? es decir ¿insertó uno o más dedos en su vagina? Sí: No:
25.	Si la respuesta es sí, ¿cómo se sintió al respecto en el momento en que ocurrió?

26.	Si la respuesta es sí, ¿cómo se siente sobre eso ahora?
27.	¿El Dr. Tyndall, mientras la penetraba con los dedos, movió sus dedos hacia dentro y hacia afuera? Sí: No:
28.	Si la respuesta es sí, cómo reaccionó usted en el momento en que esto estaba ocurriendo?
29.	Si la respuesta es sí, ¿cómo se siente ahora acerca de lo que sucedió?

30. ¿El Dr. Tyndall la penetró por el ano? Sí: ☐ No: ☐
31. Si la respuesta es sí, ¿cómo se sintió al respecto en el momento en que ocurrió?
on on a respuesta es en, gesme es en arrespeste en el memente en que estante.
32 Si la respuesta es sú decimo se siente sobre ese abora?
32. Si la respuesta es sí, ¿cómo se siente sobre eso ahora?
33. ¿Había alguna otra persona presente con usted y el Dr. Tyndall durante la visita?
Sí: No: No:

34. Si la respuesta es s	í, quién era esa persona (en la medida de sus recuerdos)?
25. Day favor dagariba	
35. Por tavor describa 6	en detalle (en la medida de sus recuerdos) el papel de esta persona en la visita.
36. Por favor describa Tyndall haya tenido	en detalle (en la medida de sus recuerdos) cualquier conversación que el Dr. con esta persona.

37. Por favor describa en detalle (en la medida de sus recuerdos) cualquier interacción o conversación que usted mantuvo con esta persona en relación con el Dr. Tyndall o su visita.
38. Por favor describa cualquier conversación que usted haya tenido con cualquier persona en el centro de salud para estudiantes, después de finalizada su cita con el Dr. Tyndall, que se relacione con los problemas o dificultades que usted pueda haber tenido con su experiencia con el Dr. Tyndall.
99. ¿Cuándo fue la primera vez que usted sintió que la conducta que usted describió anteriormente er inadecuada (por ejemplo, que la hizo sentir incómoda, o que considera podría haber sido incorrecta o sospecha que podría haber sido innecesaria desde el punto de vista médico)?

40. ¿Le habló a alguien acerca de la conducta que a su consideración era inadecuada (esto incluye padres, familiares, amigos, abogados y aplicación de la ley)? Sí: No: No:
41. Si la respuesta es sí, ¿a quién le relató lo sucedido?
42. Si la respuesta es sí, ¿qué dijo usted?
43. Si la respuesta es sí, ¿cuándo le dijo a esta persona o personas acerca de la conducta inapropiada?

Si usted tuvo visitas adicionales, por favor utilice hojas de papel por separado para responder las mismas preguntas para cada cita que usted tuvo con el Dr. Tyndall.

	SECCION E: IMPACTO DE LA CONDUCTA
1.	Describa cómo se sintió durante su cita(s) con el Dr. Tyndall. Por favor incluya el mayor detalle posible con respecto a cualquier dolor físico o malestar, así como sentimientos o angustias mentales o emocionales que sintió en el momento, y por qué.
2.	Describa cualquier angustia mental o emocional, o dolor físico o malestar, tras su(s) cita(s) con el Dr. Tyndall hasta el momento actual que estaban relacionadas con sus interacciones con él. Describa cuándo comenzó a sentir esto, y el tiempo que duró.

3.	Describa cómo cualquier daño moral, dolor físico o malestar la ha afectado a usted y cambiado con el tiempo, lo cual incluye la forma en que haya afectado su(s) relación(es) romántica(s) y relaciones sociales, desempeño laboral u otros aspectos importantes de la vida cotidiana, incluso para dormir, bañarse, irritabilidad, concentración, alimentación, etc.
4.	¿Había tenido usted alguna experiencia anterior a su(s) visita(s) con el Dr. Tyndall que usted consideraba que constituyó una conducta o abuso sexual inadecuado? Si es así, por favor, describa.

Si necesita o desea obtener asistencia para completar este Formulario de reclamo, el Tribunal ha designado algunos abogados que representarán a las Integrantes del Grupo de la Conciliación, y esos abogados están disponibles sin costo para usted a fin de ayudarle. Llame al 1-888-663-1718 y seleccione la opción 8 o envíe un correo electrónico a <u>ClassCounsel@USCTyndallSettlement.com</u>.

5. ¿Ha buscado asesoramiento de un profesional médico para que trate sus lesiones o angustia emocional antes mencionadas?		
Sí: ☐ No: ☐		
Si la respuesta es sí, por fav persona que se indique a cor	vor, describa a continuación. No nos con ntinuación sin su permiso.	nunicaremos con ninguna
Fecha(s) (incluso si es aproximada):	Nombre(s) del(los) profesional(es):	Naturaleza del tratamiento:
	de un profesional médico para tratar sus les	siones o angustia emocional
antes mencionadas ? Sí: ☐ No: ☐		
Si la respuesta es sí, por fav persona que se indique a cor	vor, describa a continuación. No nos con ntinuación sin su permiso.	municaremos con ninguna
Fecha(s) (incluso si es aproximada):	Nombre(s) del(los) profesional(es):	Naturaleza del tratamiento:

adas por s umentació

útil para

,		,	
SECCIÓN	F: GR	AVAM	ENES

Como se estipula en el Acuerdo de conciliación, el Administrador de la Conciliación administrará el proceso para identificar y resolver cualquier posible Gravamen que pueda pesar o exigirse contra su Compensación por reclamo. Si usted o el Administrador de la Conciliación identifica un posible Gravamen exigido, y el Administrador de la Conciliación confirma la validez y la cantidad de dicho(s) Gravamen(es), nos veremos obligados a deducir dichos montos de su Compensación por reclamo. Para efectos de determinar si su Compensación por reclamo está sujeta a un Gravamen, por favor complete la información, según corresponda, de esta Sección.

	1. MEDICARE
1.	Si usted actualmente está inscrita, o ha estado inscrita en cualquier momento, en el programa Medicare Part A o Medicare Part B, proporcione la siguiente información:
	HICN (número de reclamo de Medicare):
	Fecha de inscripción:
2.	Si usted está inscrita actualmente, o ha estado inscrita en cualquier momento, en un programa Medicare Part C (por ejemplo, un plan Medicare Advantage, Medicare Cost, beneficios del plan prepago de atención médica de Medicare, o planes de Medicare similares administrados por entidades privadas), proporcione la siguiente información:
	Nombre del plan:
	Número de miembro para el plan:
	Fecha de inscripción: /

3.	Si usted está inscrita actualmente, o ha estado inscrita en cualquier momento, en un Programa Medicare Part D (beneficios de medicamentos recetados), proporcione la siguiente información: Nombre del plan de Medicare Part D:
	Número de miembro del Plan Medicare Part D:
	Fecha de inscripción:
	2. MEDICAID
1.	Si usted se encuentra actualmente inscrita en un programa estatal de Medicaid, proporcione la siguiente información:
	Número de identificación médica:
	Estado de emisión:
	Fecha de inscripción:
2.	Si ha estado inscrita en cualquier otro programa estatal de Medicaid en cualquier momento, proporcione la siguiente información:
	Número de identificación médica:
	Estado de emisión:
	Fecha de inscripción: / / (Mes/Día/Año)

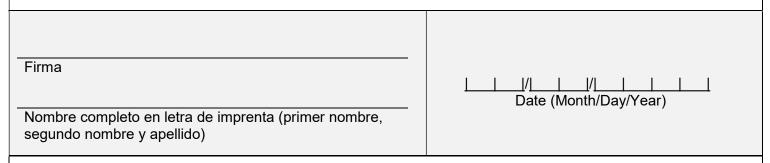
3. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE VETERANOS, TRICARE, O SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PUEBLOS INDÍGENAS
Si usted actualmente está inscrita, o ha estado inscrita en cualquier momento, en cualquiera de los siguientes programas, proporcione la información solicitada sobre cada programa:
Departamento de Beneficios de Atención Médica o Medicamentos Recetados para Asuntos de Veteranos Número de reclamo:
Fechas de inscripción: / /
Instalación de tratamiento:
Número de reclamo:
Tribu:

Beneficios de atención médica o medicamentos recetados de servicios de atención médica para pueblos indígenas
Número de reclamo:
Fechas de inscripción: / /
Sucursal:
Patrocinador:
Número de seguridad social del patrocinador: - -
<u>Tribu</u> :
Instalación de tratamiento:
4. OTROS ENTES GUBERNAMENTALES RESPONSABLES DE PAGOS
Si usted tenía derecho a recibir artículos, servicios y/o medicamentos rectados de cualquier órgano, agencia, departamento, plan, programa, o entidad federal, estatal o de orden gubernamental que administra, financia, paga, contrata o suministra artículos médicos, servicios, y/o medicamentos recetados que no hayan sido indicados en las secciones anteriores, proporcione la siguiente información:
departamento, plan, programa, o entidad federal, estatal o de orden gubernamental que administra, financia, paga, contrata o suministra artículos médicos, servicios, y/o medicamentos recetados que no hayan sido
departamento, plan, programa, o entidad federal, estatal o de orden gubernamental que administra, financia, paga, contrata o suministra artículos médicos, servicios, y/o medicamentos recetados que no hayan sido indicados en las secciones anteriores, proporcione la siguiente información:
departamento, plan, programa, o entidad federal, estatal o de orden gubernamental que administra, financia, paga, contrata o suministra artículos médicos, servicios, y/o medicamentos recetados que no hayan sido indicados en las secciones anteriores, proporcione la siguiente información:
departamento, plan, programa, o entidad federal, estatal o de orden gubernamental que administra, financia, paga, contrata o suministra artículos médicos, servicios, y/o medicamentos recetados que no hayan sido indicados en las secciones anteriores, proporcione la siguiente información: Nombre del plan/entidad:
departamento, plan, programa, o entidad federal, estatal o de orden gubernamental que administra, financia, paga, contrata o suministra artículos médicos, servicios, y/o medicamentos recetados que no hayan sido indicados en las secciones anteriores, proporcione la siguiente información: Nombre del plan/entidad:
departamento, plan, programa, o entidad federal, estatal o de orden gubernamental que administra, financia, paga, contrata o suministra artículos médicos, servicios, y/o medicamentos recetados que no hayan sido indicados en las secciones anteriores, proporcione la siguiente información: Nombre del plan/entidad: Nombre del titular de la póliza:

5. SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADO
Si usted recibió tratamiento médico por sus lesiones descritas anteriormente que fueron cubiertas por un plan de seguro de atención médica privado, suministre la siguiente información para cada uno de los planes:
Nombre del plan/entidad:
Nombre del titular de la póliza:
Número de póliza:
Afección médica cubierta por el plan/entidad:
6. OTROS GRAVÁMENES
1. ¿Tiene usted conocimiento de un posible Gravamen que pudiera exigirse en contra de su Compensación por reclamo?
Sí: No:
Un "Gravamen" incluiría cualquier gravamen, hipoteca, reclamo de rembolso, pignoración, cargo, garantía prendaria u otro gravamen legal, de cualquier naturaleza que fuera, que cree una obligación legal para efectuar deducciones del pago de un Reclamo.
2. Si la respuesta es sí, por favor describa tales Gravámenes a continuación.

SECCIÓN G: FIRMA

Al firmar a continuación, Declaro bajo pena de perjurio, que: (1) toda la información suministrada en este Formulario de Reclamo, y adjuntos, es verdadera y está completa a mi leal saber y entender; (2) autorizo que el Administrador de la Conciliación se comunique con los proveedores de seguro de atención médica identificados en este Formulario de reclamo conforme al Acuerdo de conciliación, y que no me opongo a ninguna divulgación resultante ni a la resolución de cualquier posible Gravamen en mi nombre; y (3) entiendo que toda información falsa o engañosa puede dar como resultado el rechazo de mi reclamo.



Puede enviar este reclamo de nivel 2 o nivel 3 completando este formulario de reclamo en copia impresa y enviándolo por correo al Administrador de la Conciliación a la dirección USC Student Health Center Settlement, c/o JND Legal Administration, P.O. Box 91233, Seattle, WA 98111-9333 o podrá presentar su reclamo en línea a través del sitio web de la Conciliación en <a href="https://www.usc.numer.com/www.u