

Solicitud de indemnización en *Estados Unidos contra Magellan Diagnostics, Inc., USDC, Distrito de Massachusetts, 24 CR 10144*

Como parte de un acuerdo con el Departamento de Justicia de los EE.UU. (DOJ, por sus siglas en inglés), Magellan Diagnostics, Inc. (en adelante "Magellan") acordó compensar a los pacientes que cumplen con los requisitos y a los tutores legales de los pacientes que sufrieron daños por un mal funcionamiento de ciertos dispositivos de prueba de plomo de Magellan, que llevó a informar mal los niveles bajos de plomo en sangre venosa (sangre extraída de una vena, no de un pinchazo en el dedo o el talón) del 27 de junio de 2013 al 31 de mayo de 2017 ("período relevante").

Al presentar esta solicitud, usted manifiesta que usted o un menor legalmente bajo su cuidado, sufrieron daños debido a la detección tardía de la exposición al plomo y el mal funcionamiento de los dispositivos de análisis de plomo de Magellan, durante el período relevante. Su solicitud será revisada para determinar si clasifica para recibir una indemnización por los daños causados por Magellan. Tenga en cuenta que los daños monetarios incluyen la pérdida de salarios o facturas médicas, así como otros daños que puedan cuantificarse en dinero. Otros tipos de daños, como el dolor y el sufrimiento o la disminución de la calidad de vida, no están cubiertos por el acuerdo. Los honorarios de los abogados tampoco están cubiertos.

Un monitor independiente, Guidepost Solutions (en adelante "el Monitor"), revisará su solicitud de compensación y determinará si cada solicitante cumple con los siguientes requisitos de elegibilidad:

- El solicitante se realizó una prueba de plomo en sangre con un dispositivo Magellan LeadCare® durante el período relevante;
- La sangre del solicitante se extrajo de una vena (en lugar de una extracción capilar mediante punción en el dedo o el talón);
- Los resultados de la prueba del solicitante no indicaron un nivel de plomo en sangre que requiriera atención médica adicional (es decir, un nivel "bajo" de plomo en el momento de la prueba);
- El solicitante se realizó una prueba de plomo en sangre posterior que indicó un nivel de plomo en sangre superior al de la primera prueba, o existe otra evidencia de la misma época que establece que el resultado de la prueba venosa Magellan fue falsamente bajo; y
- El solicitante incurrió en gastos, costos u otros perjuicios económicos debido a una prueba inexacta que retrasó el diagnóstico o el tratamiento de un nivel elevado de plomo en sangre.

Si el Monitor determina que usted o sus hijos menores pueden tener derecho a una indemnización, le enviará un formulario de reclamación solicitando detalles sobre el daño sufrido y cualquier documentación de respaldo disponible. El Monitor emitirá una recomendación al Departamento de Justicia (DOJ), que tomará la decisión final sobre si usted tiene derecho a la indemnización y la cuantía que podría recibir. La decisión la tomará únicamente el DOJ, no el Monitor ni Magellan. La decisión del DOJ sobre si usted tiene derecho a la indemnización de este fondo y/o sobre el monto de la misma es definitiva y no podrá ser apelada.

La solicitud requiere que responda ciertas preguntas y proporcione la documentación de respaldo cuando esté disponible. Esta solicitud se mantendrá confidencial según lo exige la ley.

Puede enviarla electrónicamente o por correo. La fecha límite para la presentación de todas las solicitudes es el 6 de enero de 2027.

Después de revisar las preguntas frecuentes, si tiene alguna pregunta sobre este proceso, puede consultar el sitio web del Monitor en www.MagellanDxmonitor.com.

Nota: La información presentada en esta solicitud, incluidos todos los archivos adjuntos, permanecerá confidencial y bajo la custodia del Monitor, excepto en la medida en que pueda compartirse según sea necesario para investigar o validar su reclamo.

Persona que presenta esta solicitud (campos obligatorios):

Nota: Tanto la persona que presenta esta solicitud, como cada solicitante adulto, deben cargar algún tipo de identificación. Entre las formas de identificación aceptables se incluyen, pero no se limitan, a:

- Identificación con fotografía (por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte (estadounidense o no estadounidense), e identificación de otros países).
- Tarjeta de identificación del seguro
- Tarjeta de Medicaid/Medicare
- Certificado de nacimiento
- Tarjeta de identificación de beneficio público federal, estatal o local
- Tarjeta de identificación laboral o escolar
- Tarjeta de biblioteca pública
- Tarjeta de registro de votante
- Tarjeta de seguridad social

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Tipo de identificación presentada: _____

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____

Dirección actual:

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Dirección anterior:

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Número de teléfono preferido: _____

¿Es este un teléfono celular?

Sí ☐ No ☐

Dirección de correo electrónico: _____

Otra información de identificación (campos obligatorios):

Presento esta solicitud en nombre de: (marque una)

Mí mismo ☐

Mi hijo/dependiente menor(es) ☐

Tanto yo como mi hijo/dependiente menor(es) ☐

Información para cada solicitante (campos obligatorios para cada solicitante/niño menor de edad):

Solicitante 1:

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Tipo de identificación presentada: _____

Dirección actual (si es diferente):

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Dirección en el momento de la prueba inicial de plomo en la sangre durante el período relevante (si es diferente al anterior)

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Fecha de nacimiento del solicitante (Mes/Día/Año): _____

Género del solicitante: _____

¿El solicitante recibió una o más pruebas de plomo en sangre entre enero de 2013 y mayo de 2017?

Sí ☐ No ☐

¿Se utilizó un dispositivo Magellan LeadCare para realizar la prueba de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

Si es así, ¿cómo lo sabe?

¿La sangre del solicitante se extrajo de una vena (en lugar de una extracción capilar mediante una punción en el dedo o en el talón)?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿Se le realizó otra prueba al solicitante después de la prueba inicial de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿El resultado de la segunda prueba de plomo en la sangre fue más alto?

Sí ☐ No ☐

¿El solicitante tuvo gastos, costos u otros perjuicios monetarios debido a un retraso en el diagnóstico o tratamiento de un nivel elevado de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐

Historial de pruebas de plomo en sangre

Indique la **fecha**, **el lugar** (consultorio médico, hospital, centro de urgencias, clínica, etc.) y **el resultado** (µg/dL) de cada prueba de plomo en sangre realizada al solicitante. Si desconoce la fecha, utilice una aproximada y escriba "desconocido" si no dispone de alguna parte específica de la información solicitada, como el resultado de la prueba. Si conoce, proporcione los nombres de los médicos u otros profesionales de la salud que ordenaron o realizaron cada prueba de sangre. Incluya las direcciones de las oficinas y cualquier información de contacto.

Ejemplo: 01/01/2014, consultorio del Dr. Smith, 123 Oak Lane, Clinton, NJ 12345, 2 microgramos por decilitro (µg/dL)

1. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

2. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

3. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

4. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

5. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

POR FAVOR CARGUE CUALQUIER DOCUMENTO QUE TENGA, RELACIONADO CON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE

Solicitante 2 (si corresponde):

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Tipo de identificación presentada: _____

Dirección actual (si es diferente):

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Dirección en el momento de la prueba inicial de plomo en la sangre durante el período relevante (si es diferente al anterior)

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Fecha de nacimiento del solicitante (Mes/Día/Año): _____

Género del solicitante: _____

¿El solicitante recibió una o más pruebas de plomo en la sangre entre enero de 2013 y mayo de 2017?

Sí ☐ No ☐

¿Se utilizó un dispositivo Magellan LeadCare para realizar la prueba de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

Si es así, ¿cómo lo sabe?

¿La sangre del solicitante se extrajo de una vena (en lugar de una extracción capilar mediante una punción en el dedo o en el talón)?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿Se le realizó otra prueba al solicitante después de la prueba inicial de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿El resultado de la segunda prueba de plomo en la sangre fue más alto?

Sí ☐ No ☐

¿El solicitante tuvo gastos, costos u otros perjuicios monetarios debido a un retraso en el diagnóstico o tratamiento de un nivel elevado de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐

Historial de pruebas de plomo en sangre

Indique la **fecha**, el **lugar** (consultorio médico, hospital, centro de urgencias, clínica, etc.) y el **resultado** (µg/dL) de cada prueba de plomo en sangre realizada al solicitante. Si desconoce la fecha, utilice una aproximada y escriba "desconocido" si no dispone de alguna parte específica de la información solicitada, como el resultado de la prueba. Si la conoce, proporcione los nombres de los médicos u otros profesionales de la salud que ordenaron o realizaron cada prueba de sangre. Incluya las direcciones de las oficinas y cualquier información de contacto.

Ejemplo: 01/01/2014, consultorio del Dr. Smith, 123 Oak Lane, Clinton, NJ 12345, 2 microgramos por decilitro (µg/dL)

1. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

2. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

3. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

4. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

5. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

POR FAVOR CARGUE CUALQUIER DOCUMENTO QUE TENGA, RELACIONADO CON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE

Solicitante 3 (si corresponde):

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Tipo de identificación presentada: _____

Dirección actual (si es diferente):

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Dirección en el momento de la prueba inicial de plomo en la sangre durante el período relevante (si es diferente al anterior)

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Fecha de nacimiento del solicitante (Mes/Día/Año): _____

Género del solicitante: _____

¿El solicitante recibió una o más pruebas de plomo en la sangre entre enero de 2013 y mayo de 2017?

Sí ☐ No ☐

¿Se utilizó un dispositivo Magellan LeadCare para realizar la prueba de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

Si es así, ¿cómo lo sabe?

¿La sangre del solicitante se extrajo de una vena (en lugar de una extracción capilar mediante una punción en el dedo o en el talón)?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿Se le realizó otra prueba al solicitante después de la prueba inicial de plomo en sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿El resultado de la segunda prueba de plomo en la sangre fue más alto?

Sí ☐ No ☐

¿El solicitante tuvo gastos, costos u otros perjuicios monetarios debido a un retraso en el diagnóstico o tratamiento de un nivel elevado de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐

Historial de pruebas de plomo en sangre

Indique la **fecha**, el **lugar** (consultorio médico, hospital, centro de urgencias, clínica, etc.) y el **resultado** (µg/dL) de cada prueba de plomo en sangre realizada al solicitante. Si desconoce la fecha, utilice una aproximada y escriba "desconocido" si no dispone de alguna parte específica de la información solicitada, como el resultado de la prueba. Si la conoce, proporcione los nombres de los médicos u otros profesionales de la salud que ordenaron o realizaron cada prueba de sangre. Incluya las direcciones de las oficinas y cualquier información de contacto.

Ejemplo: 01/01/2014, consultorio del Dr. Smith, 123 Oak Lane, Clinton, NJ 12345, 2 microgramos por decilitro (µg/dL)

1. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

2. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

3. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

4. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

5. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

POR FAVOR CARGUE CUALQUIER DOCUMENTO QUE TENGA, RELACIONADO CON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE

Solicitante 4 (si corresponde):

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Tipo de identificación presentada: _____

Dirección actual (si es diferente):

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Dirección en el momento de la prueba inicial de plomo en la sangre durante el período relevante (si es diferente al anterior)

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Fecha de nacimiento del solicitante (Mes/Día/Año): _____

Género del solicitante: _____

¿El solicitante recibió una o más pruebas de plomo en la sangre entre enero de 2013 y mayo de 2017?

Sí ☐ No ☐

¿Se utilizó un dispositivo Magellan LeadCare para realizar la prueba de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

Si es así, ¿cómo lo sabe?

¿La sangre del solicitante se extrajo de una vena (en lugar de una extracción capilar mediante una punción en el dedo o en el talón)?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿Se le realizó otra prueba al solicitante después de la prueba inicial de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

¿El resultado de la segunda prueba de plomo en la sangre fue más alto?

Sí ☐ No ☐

¿El solicitante tuvo gastos, costos u otros perjuicios monetarios debido a un retraso en el diagnóstico o tratamiento de un nivel elevado de plomo en la sangre?

Sí ☐ No ☐

Historial de pruebas de plomo en sangre

Indique la **fecha**, el **lugar** (consultorio médico, hospital, centro de urgencias, clínica, etc.) y el **resultado** (µg/dL) de cada prueba de plomo en sangre realizada al solicitante. Si desconoce la fecha, utilice una aproximada y escriba "desconocido" si no dispone de alguna parte específica de la información solicitada, como el resultado de la prueba. Si la conoce, proporcione los nombres de los médicos u otros profesionales de la salud que ordenaron o realizaron cada prueba de sangre. Incluya las direcciones de las oficinas y cualquier información de contacto.

Ejemplo: 01/01/2014, consultorio del Dr. Smith, 123 Oak Lane, Clinton, NJ 12345, 2 microgramos por decilitro (µg/dL)

1. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

2. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

3. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

4. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

5. Fecha: _____

Nombre de la ubicación: _____

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País: _____

Resultado: _____

POR FAVOR CARGUE CUALQUIER DOCUMENTO QUE TENGA, RELACIONADO CON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE

Si tiene solicitantes adicionales a los cuatro ya completados, para los cuales se proporcionó espacio, indique la cantidad de solicitantes adicionales y proporcione el nombre de cada uno:

Declaración y Firma

La información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que, como parte del proceso de toma de decisiones sobre mi solicitud, esta solicitud se compartirá con el gobierno federal, y que las declaraciones falsas a una agencia federal están prohibidas por la ley federal y podrían someterme a enjuiciamiento u otras responsabilidades.

FIRMA/FIRMA ELECTRÓNICA

Firma

Fecha