

# FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE, OPCIÓN 1

## *I n s t r u c c i o n e s*

### DEMANDANTES POR IMPLANTE DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice el “Formulario de prueba del fabricante” para identificar al fabricante de su implante, así como para presentar el historial y documentación clínica que demuestren que usted se sometió a una intervención de implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. Lea estas instrucciones y la Sección 5 de la “Guía informativa para el demandante de la Opción 1” para obtener una mayor información relativa a la presentación de documentos de prueba del fabricante.

#### **1. ¿POR QUÉ TENGO QUE COMPLETAR EL “FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE, OPCIÓN 1” Y PRESENTAR MI HISTORIAL O DOCUMENTACIÓN CLÍNICA?**

El Formulario de prueba del fabricante (borde azul), Opción 1 le brinda la oportunidad de comunicar al Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones el tipo de prótesis mamarias que tiene implantadas. El tipo de prótesis mamarias que tiene implantadas va a determinar el tipo de pagos a los que puede acceder.

Antes de completar otros formularios de demanda para beneficiarse de las prestaciones de la liquidación, formalice en primer lugar el Formulario de prueba del fabricante (borde azul), Opción 1 y presente el historial y documentación clínica que se describen a continuación en la pregunta 3.

#### **2. ¿QUÉ ES EL “GRUPO 6.2” Y CÓMO AFECTA A MI DEMANDA?**

Grupo 6.2 es un término que se utiliza en los Documentos del plan. Engloba a aquellos demandantes que se sometieron a una intervención de implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y que residen o recibieron su implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning en uno (1) de los países que se enumeran en la pregunta P1-8 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1. La información que se proporcione en el Formulario de prueba del fabricante, Opción 1 permite al personal del Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones ubicar la demanda dentro de uno (1) de los distintos grupos.

#### **3. ¿QUÉ TIPO DE HISTORIAL Y DOCUMENTOS CLÍNICOS PUEDO PRESENTAR PARA DEMOSTRAR QUE MI PRÓTESIS MAMARIA FUE FABRICADA POR DOW CORNING?**

**Puede presentar cualquiera de los historiales clínicos o documentación que a continuación se enumeran en los párrafos A-O:**

- A.** Expediente hospitalario del informe realizado por el cirujano encargado de ejecutar la operación de implante de prótesis mamaria, escrito en el preciso momento o poco antes o después de la operación de implante, que especifique una marca de Dow Corning o Dow Corning como fabricante. En la pregunta 5 figura la lista de las marcas de Dow Corning.
- B.** “Copia certificada” de su historial clínico que contenga la etiqueta del paquete de la prótesis mamaria que demuestre que se trata de una prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. (Lea la pregunta 4 para obtener una definición de “copia certificada”.) Nota: se precisará copia certificada exclusivamente si:

#### **NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

1. La etiqueta se encuentra sobre una página que no demuestra afirmativamente ser parte de su historial clínico u hospitalario y no lleva número de lote, número de serie o número de catálogo impreso; o
  2. El historial hospitalario se encuentra organizado de tal modo que la etiqueta/sticker del implante se puso en una página aparte. Si la página que contiene la etiqueta/sticker del implante de prótesis mamaria procede claramente del historial del hospital contemporáneo a la operación de implante de prótesis mamaria, presenta en dicha página otra información relativa a su hospitalización y dispone de suficientes datos de identificación del paciente para que el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones pueda asegurar que procede de su historial, se encontrará dentro de la categoría de prueba aceptable del historial hospitalario del momento y no necesitará certificarse.
- C. Etiquetas de implantes de prótesis mamarias que presenten indicaciones claras de un número de lote, serie o catálogo. (Lea la pregunta P5-9 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener información relativa a los números de lote, serie y catálogo de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning.) Dichas etiquetas no han de certificarse.
- D. Historial clínico del cirujano que efectuó la operación de implante –escrito en el preciso momento de la operación de implante de prótesis mamaria– que especifique una marca de Dow Corning o Dow Corning como fabricante. En la pregunta 5 figura la lista de las marcas de Dow Corning.
- E. Declaración afirmativa efectuada por el médico encargado de realizar el implante (o persona responsable de las instalaciones sanitarias en las que se realizó la operación quirúrgica de implante de prótesis mamaria) que acredite que usted recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. La persona que realice dicha declaración afirmativa debe proporcionar también los fundamentos de dicha conclusión. Este tipo de prueba es aceptable exclusivamente si:
1. El historial que figura en los anteriores subpárrafos 3A y 3B no se encuentra disponible; y
  2. Debe incluirse una descripción de los pasos efectuados para intentar obtener aquellos tipos de pruebas que se resumen en los anteriores subpárrafos 3A y 3B; y
  3. Deben explicarse los motivos por los que dicho historial no se encontraba disponible. La declaración de los pasos efectuados puede ser proporcionada por su abogado si usted dispone de asesor legal. Dicha declaración no puede fundamentarse en “pruebas no aceptables” siguiendo la definición que se ofrece en la pregunta P5-11 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1.
- F. Formulario de demanda de seguro de asistencia sanitaria, firmado por el cirujano que efectuó la operación de implante en fecha razonablemente cercana a la de ejecución de la operación de implante de prótesis mamaria, que incluya el nombre del implante de prótesis mamaria utilizado.
- G. Historial clínico del médico que efectuó el retiro del implante de prótesis mamaria (o de otro médico o profesional pertinente que examinase el implante durante su extracción o con posterioridad a dicha operación), redactado en el momento del examen del implante de prótesis mamaria, si dicho médico o profesional pertinente señala una de las características específicas del implante de prótesis mamarias que figuran en la lista de “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning. La lista de “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning se encuentra en la pregunta P5-8 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1.
- H. Fotografía del implante de la prótesis mamaria que haya sido retirado que muestre uno (1) de los “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning, según lo indicado en la pregunta P5-8 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1, si:

**NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite www.dcsettlement.com en Internet

1. La fotografía va acompañada de declaración del médico que retiró su implante de prótesis mamaria; *y*
  2. El médico identifica el implante de prótesis mamaria de la fotografía como el que le extrajo a usted.
- I. "Hojas de control" de implante de una marca en particular o de Dow Corning que se remitan a su caso y que parezcan razonablemente registros guardados de forma contemporánea en el historial del hospital o de la consulta del médico que efectuó el implante. *(Lea la pregunta P5-10 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener una descripción del concepto "hojas de control".)*
  - J. Factura de Dow Corning o especificaciones de embalaje que se encuentren en su historial clínico o del hospital relativo a la operación de implante de la prótesis mamaria. Si el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones no puede determinar que la factura o especificaciones de embalaje hayan sido realmente incluidas en dicho historial, es posible que se precise una "copia certificada" del historial o una declaración complementaria por parte del responsable de la custodia del historial.
  - K. Catálogo de Dow Corning con un tipo o modalidad específica de implante de prótesis mamaria marcado con un círculo u otros elementos, si se encontrase dentro de una "copia certificada" de su historial clínico u hospitalario relacionado con la operación de implante, que fuese redactado y/o elaborado con anterioridad o casi en el momento de realizarse dicha intervención quirúrgica.
  - L. Formularios de "Consentimiento con conocimiento del paciente" que usted haya firmado y que lleven una fecha cercana a la de su operación de implante de prótesis mamaria, acompañados de otros historiales clínicos u hospitalarios del momento que verifiquen que la operación de implante de prótesis mamaria se efectuó realmente y que identifiquen a Dow Corning como el fabricante de la prótesis mamaria.
  - M. Admisiones de las alegaciones o escritos redactados por Dow Corning para usted, su representante o su médico en los que se reconozca que sus implantes de prótesis mamarias fueron fabricados por Dow Corning.
  - N. Para aquellas prótesis mamarias implantadas con posterioridad al mes de julio de 1986, participación en el "Programa de extracción de implantes y sustitución de productos" ("PESP") puesto en marcha por Dow Corning según se ha documentado mediante catálogo del PESP, declaración o documento similar que vaya firmado si va incluido dentro de una "copia certificada" de su historial clínico u hospitalario del momento.
  - O. Participación en el "Programa de ayuda al retiro de productos" puesto en marcha por Dow Corning con posterioridad al mes de marzo de 1992 documentada mediante correspondencia que incluya el pago de los gastos médicos que no se encontrasen asegurados emitida de acuerdo con el programa en base a la recepción de la documentación pertinente. Dow Corning proporcionará los nombres de aquellas personas cuya participación en el Programa de ayuda al retiro de productos pueda documentar. Si Dow Corning le identifica como participante en el Programa de ayuda al retiro de productos, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones le informará de ello, no siendo necesario que usted tenga que presentar otros documentos de pruebas del fabricante.
  - P. Si se basa en la norma siguiente, deberá presentar *toda* la siguiente documentación:
    1. Factura, recibo de venta, especificación de embalaje o recibo de importación de Dow Corning que normalmente acompañase a las prótesis mamarias que se vendiesen para su implantación, siempre que dicha factura, recibo o declaración haga referencia a un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning; *y*

**NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

2. Debe incluir el nombre del demandante u otra información que sirva para identificar a éste; y
3. Debe ir acompañada del historial clínico que demuestre que el demandante fue posteriormente sometido a una intervención de implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning dentro de unos límites de tiempo razonables tras la fecha de la factura, recibo de venta, declaración o recibo de importación.

#### 4. ¿QUÉ ES UNA “COPIA CERTIFICADA” DE UN HISTORIAL CLÍNICO?

Una copia certificada es una copia del historial con un certificado adjunto, normalmente firmado por el encargado de la custodia de los historiales del consultorio o centro en cuestión, afirmando que las páginas adjuntas son copias fieles y auténticas del historial del archivo de un paciente determinado.

#### 5. ¿CUÁLES SON LAS MARCAS ACEPTABLES DE IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING?

Si su historial clínico o demás documentación de carácter clínico se fundamenta en la pregunta 3, párrafos descritos anteriormente A-F o I-P, entonces cualquiera de las siguientes marcas de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning serán aceptables (*para obtener información sobre los párrafos G y H de la pregunta 3, lea la Sección 5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1*):

#### MARCAS ACEPTABLES PARA LOS IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING

MARCA	ESTADO
Cronin	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas en o a partir de 1963 - 1971
Dow Corning	Aceptable
Dow Corning Wright	Aceptable
DC o DCW	Aceptable
Mueller, V. o V. Mueller	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas después del 1 de enero de 1968 y antes del 31 de agosto de 1974
SILASTIC o Silastic	Aceptable
SILASTIC II o Silastic II	Aceptable
SILASTIC MSI o Silastic MSI	Aceptable
“silastic” - con todas las letras en minúsculas	Aceptable si se incluye dentro de un informe de intervención del momento de la implantación de la prótesis mamaria con anterioridad al año 1969, siempre que no exista otra información en su historial que sea irregular en lo que respecta a un producto comercializado por Dow Corning. Este tipo de pruebas se utilizará exclusivamente si no dispone de un historial de extracción que demuestre la existencia de un “Identificador exclusivo”.
Varifil	Aceptable

#### NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Para más información o si tiene alguna duda, llame al [nº de teléfono gratuito](tel:1-866-874-6099) del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

**6. ¿PUEDO COMPLETAR EL FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE Y ENVIAR MI HISTORIAL Y DOCUMENTOS CLÍNICOS EN MI LENGUA MATERNA O TIENEN QUE ESTAR EN INGLÉS?**

Tiene la posibilidad de presentar el Formulario de prueba del fabricante (borde azul), Opción 1 y el historial clínico y documentación clínica en su propio idioma. Podremos procesar su demanda con mayor rapidez si completa el formulario de demanda en inglés y traduce su historial clínico a esta lengua. *(Lea la pregunta P2-6 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener una mayor información.)*

**7. ¿EXISTE UNA FECHA LÍMITE PARA ENTREGAR EL FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE, OPCIÓN 1 Y EL HISTORIAL O DOCUMENTOS CLÍNICOS?**

Debe presentar el Formulario de prueba del fabricante (borde azul), Opción 1 y el historial y documentos clínicos antes de quince (15) años a partir de la "Fecha de entrada en vigor". *(Lea la pregunta P9-5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener una mayor información sobre la Fecha de entrada en vigor.)* Tenga presente, no obstante, que podrá recibir el pago para la Extracción de implantes, por Rotura del implante, Aceleración de pagos de liquidación o Indemnización por enfermedad únicamente tras haber formalizado y presentado en primer lugar el Formulario de prueba del fabricante (borde azul), Opción 1 y el historial y documentos clínicos.

**8. ¿A QUIÉN PUEDO DIRIGIRME SI TENGO DUDAS O NECESITO AYUDA?**

El Programa de ayudas a la resolución de demandas se encuentra disponible para responder a preguntas relativas al modo de cumplimentar los formularios de su Paquete de demandas. Aquí también le pueden ayudar proporcionándole información sobre el modo de obtener el historial y los documentos clínicos que sirvan de apoyo a la demanda. Este servicio no le significará costo alguno.

**Llame al nº de teléfono gratuito +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet.**

**NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente.

## FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE, OPCIÓN 1

### PARA DEMANDANTES POR IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice este formulario para presentar el historial o documentos clínicos que demuestren que ha sido intervenido para la implantación de una prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. with a Dow Corning breast implant.

#### 1. Utilice la etiqueta autoadhesiva que se suministra con el paquete.

<p><b>PEGUE AQUÍ SU ETIQUETA IDENTIFICATIVA</b></p>	<p><b>PUEDE INCLUIR LAS CORRESPONDIENTES ACTUALIZACIONES O CORRECCIONES DE SUS DATOS A CONTINUACIÓN:</b></p> <p>1. Número de demanda o Número de la Seguridad Social: _____</p> <p>2. Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Mes / Día / Año</p> <p>3. _____ Nuevo apellido</p> <p>4. _____ Nueva dirección</p> <p>_____ Ciudad                      Estado                      Código postal</p> <p>5. Teléfono de contacto durante el día: (____) _____</p> <p>6. Teléfono de contacto durante la noche: (____) _____</p> <p>7. Nombre/Dirección/Teléfono/Fax de su abogado: _____ _____</p> <p>8. Si desea recibir boletines informativos o información relativa a su demanda por correo electrónico, incluya su dirección de correo electrónico: _____</p>
---	---

#### 2. Marque a continuación la casilla 2A o la casilla 2B. Lea las instrucciones que se adjuntan y la Sección 5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener una mayor información.

- 2A.  Adjunto a este formulario las copias de mi historial o documentos clínicos que demuestran que he recibido un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. *(Guarde una copia para su archivo.)*
- O BIEN**
- 2B.  Ya he presentado mi historial o documentos clínicos que demuestran que he recibido un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning, no adjuntando ningún otro historial o documento. *(No es necesario que vuelva a presentar su historial o documentos clínicos; no obstante, al presentar otra copia se puede acelerar el proceso de revisión de la demanda.)*

**3. Formalice el cuadro incluido a continuación para proporcionar información relativa a todos los implantes de prótesis mamarias que haya recibido. Si precisa más espacio, utilice un folio en blanco, imprimiendo con claridad su nombre y número de la Seguridad Social o número de demanda en cada uno de los folios.**

Fecha aproximada de la intervención quirúrgica de implante de prótesis mamaria	Marca o nombre del fabricante de la prótesis	País en el que recibió el implante	Fecha aproximada de retiro del implante
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar

**4. Firme a continuación el Formulario de prueba del fabricante.**

Declaro bajo pena de perjurio que recibí un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y que la información que aparece en este formulario es cierta, correcta y completa según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante, albacea/administrador o custodio

# FORMULARIO DE DEMANDA DE ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 2

## Instrucciones

### DEMANDANTES POR IMPLANTE DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice este formulario para solicitar la Aceleración de pagos de liquidación de 1,200 dólares estadounidenses. Lea estas Instrucciones y la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una mayor información.

#### 1. ¿QUÉ ES LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 2?

Podrá disfrutar de la Aceleración de pagos de liquidación de 1,200 dólares estadounidenses demostrando únicamente que recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning.

#### 2. ¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA RECIBIR LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES?

Complete y presente este formulario de demanda. Además, remita cualquiera de los siguientes historiales o documentos clínicos que demuestren que recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning:

- A. Expediente hospitalario del informe realizado por el cirujano encargado de ejecutar la operación de implante de prótesis mamaria, escrito en el preciso momento o poco antes o después de la operación de implante, que especifique una marca de Dow Corning o Dow Corning como fabricante. En la pregunta 4 figura la lista de las marcas de Dow Corning.
- B. "Copia certificada" de su historial clínico que contenga la etiqueta del paquete de la prótesis mamaria que demuestre que se trata de una prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. (Lea la pregunta 3 para obtener una definición de "copia certificada".) Nota: se precisará copia certificada *exclusivamente si*:
  - 1. La etiqueta se encuentra sobre una página que no demuestra afirmativamente ser parte de su historial clínico u hospitalario y no lleva número de lote, número de serie o número de catálogo impreso; o
  - 2. El historial hospitalario se encuentra organizado de tal modo que la etiqueta/sticker del implante se puso en una página aparte. Si la página que contiene la etiqueta/sticker del implante de prótesis mamaria procede claramente del historial del hospital contemporáneo a la operación de implante de prótesis mamaria, presenta en dicha página otra información relativa a su hospitalización y dispone de suficientes datos de identificación del paciente para que el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones pueda asegurar que procede de su historial, se encontrará dentro de la categoría de prueba aceptable del historial hospitalario del momento y no necesitará certificarse.
- C. Etiquetas de implantes de prótesis mamarias que presenten indicaciones claras de un número de lote, serie o catálogo. (Lea la pregunta P5-9 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener información relativa a los números de lote, serie y catálogo de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning.) Dichas etiquetas no han de certificarse.
- D. Historial clínico del cirujano que efectuó la operación de implante, escrito en el preciso momento de la operación de implante de prótesis mamaria, que especifique una marca de Dow Corning o Dow Corning como fabricante. En la pregunta 4 figura la lista de las marcas de Dow Corning.

#### NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

- E. Declaración afirmativa efectuada por el médico encargado de realizar el implante (o persona responsable de las instalaciones sanitarias en las que se realizó la operación quirúrgica de implante de prótesis mamaria) que acredite que usted recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. La persona que realice dicha declaración afirmativa debe proporcionar también los fundamentos de dicha conclusión. Este tipo de prueba es aceptable exclusivamente si:
1. El historial que figura en los anteriores subpárrafos 2A y 2B no se encuentra disponible; y
  2. Debe incluirse una descripción de los pasos efectuados para intentar obtener aquellos tipos de pruebas que se resumen en los anteriores subpárrafos 2A y 2B; y
  3. Deben explicarse los motivos por los que dicho historial no se encontraba disponible. La declaración de los pasos efectuados puede ser proporcionada por su abogado si usted dispone de asesoría legal. Dicha declaración no puede fundamentarse en “pruebas no aceptables” siguiendo la definición que se ofrece en la pregunta P5-11 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2.
- F. Formulario de demanda de seguro de asistencia sanitaria, firmado por el cirujano que efectuó la operación de implante en fecha razonablemente cercana a la de ejecución de la operación de implante de prótesis mamaria, que incluya el nombre del implante de prótesis mamaria utilizado.
- G. Historial clínico del médico que efectuó el retiro del implante de prótesis mamaria (o de otro médico o profesional pertinente que examinase el implante durante su extracción o con posterioridad a dicha operación), redactado en el momento del examen del implante de prótesis mamaria, si dicho médico o profesional pertinente señala una de las características específicas del implante de prótesis mamarias que figuran en la lista de “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning. La lista de “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning se encuentra en la pregunta P5-8 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2.
- H. Fotografía del implante de la prótesis mamaria que haya sido retirado que muestre uno (1) de los “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning, según lo indicado en la pregunta P5-8 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2, si:
1. La fotografía va acompañada de declaración del médico que retiró su implante de prótesis mamaria; y
  2. El médico identifica el implante de prótesis mamaria de la fotografía como el que le extrajo a usted.
- I. “Hojas de control” de implante de una marca en particular o de Dow Corning que se remitan a su caso y que parezcan razonablemente registros guardados de forma contemporánea en el historial del hospital o de la consulta del médico que efectuó el implante. (*Lea la pregunta P5-10 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una descripción del concepto “hojas de control”.*)
- J. Factura de Dow Corning o especificaciones de embalaje que se encuentren en su historial clínico o del hospital relativo a la operación de implante de la prótesis mamaria. Si el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones no puede determinar que la factura o especificaciones de embalaje hayan sido realmente incluidas en dicho historial, es posible que se precise una “copia certificada” del historial o una declaración complementaria por parte del responsable de la custodia del historial.
- K. Catálogo de Dow Corning con un tipo o modalidad específica de implante de prótesis mamaria marcado con un círculo u otros elementos, si se encontrase dentro de una “copia certificada” de su historial clínico u hospitalario relacionado con la operación de implante, que fuese redactado y/o elaborado con anterioridad o casi en el momento de realizarse dicha intervención quirúrgica.

**NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

- L. Formularios de "Consentimiento con conocimiento del paciente" que usted haya firmado y que lleven una fecha cercana a la de su operación de implante de prótesis mamaria, acompañados de otros historiales clínicos u hospitalarios del momento que verifiquen que la operación de implante de prótesis mamaria se efectuó realmente y que identifiquen a Dow Corning como el fabricante de la prótesis mamaria.
- M. Admisiones de las alegaciones o escritos redactados por Dow Corning para usted, su representante o su médico en los que se reconozca que sus implantes de prótesis mamarias fueron fabricados por Dow Corning.
- N. Para aquellas prótesis mamarias implantadas con posterioridad al mes de julio de 1986, participación en el "Programa de extracción de implantes y sustitución de productos" ("PESP") puesto en marcha por Dow Corning según se ha documentado mediante catálogo del PESP, declaración o documento similar que vaya firmado si va incluido dentro de una "copia certificada" de su historial clínico u hospitalario del momento.
- O. Participación en el "Programa de ayuda al retiro de productos" puesto en marcha por Dow Corning con posterioridad al mes de marzo de 1992 documentada mediante correspondencia que incluya el pago de los gastos médicos que no se encontrasen asegurados emitida de acuerdo con el programa en base a la recepción de la documentación pertinente. Dow Corning proporcionará los nombres de aquellas personas cuya participación en el Programa de ayuda al retiro de productos pueda documentar. Si Dow Corning le identifica como participante en el Programa de ayuda al retiro de productos, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones le informará de ello, no siendo necesario que usted tenga que presentar otros documentos de pruebas del fabricante.
- P. Si se basa en la norma siguiente, deberá presentar toda la siguiente documentación:
  - 1. Factura, recibo de venta, especificación de embalaje o recibo de importación de Dow Corning que normalmente acompañase a las prótesis mamarias que se vendiesen para su implantación, siempre que dicha factura, recibo o declaración haga referencia a un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning; *y*
  - 2. Debe incluir el nombre del demandante u otra información que sirva para identificar a éste; *y*
  - 3. Debe ir acompañada del historial clínico que demuestre que el demandante fue posteriormente sometido a una intervención de implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning dentro de unos límites de tiempo razonables tras la fecha de la factura, recibo de venta, declaración o recibo de importación.

### **3. ¿QUÉ ES UNA "COPIA CERTIFICADA" DE UN HISTORIAL CLÍNICO?**

Una copia certificada es una copia del historial con un certificado adjunto, normalmente firmado por el encargado de la custodia de los historiales del consultorio o centro en cuestión, afirmando que las páginas adjuntas son copias fieles y auténticas del historial del archivo de un paciente determinado.

### **4. ¿CUÁLES SON LAS MARCAS ACEPTABLES DE IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING?**

Si el historial clínico o demás documentación de carácter clínico se fundamenta en la pregunta 2, párrafos descritos anteriormente A-F o I-P, entonces cualquiera de las siguientes marcas de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning serán aceptables (*para obtener información sobre los párrafos G y H de la pregunta 2, lea la Sección 5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2*):

#### **NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

MARCA	ESTADO
Cronin	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas en o a partir de 1963 - 1971
Dow Corning	Aceptable
Dow Corning Wright	Aceptable
DC o DCW	Aceptable
Mueller, V. o V. Mueller	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas después del 1 de enero de 1968 y antes del 31 de agosto de 1974
SILASTIC o Silastic	Aceptable
SILASTIC II o Silastic II	Aceptable
SILASTIC MSI o Silastic MSI	Aceptable
"silastic" - con todas las letras en minúsculas	Aceptable si se incluye dentro de un informe de intervención del momento de la implantación de la prótesis mamaria con anterioridad al año 1969, siempre que no exista otra información en su historial que sea irregular en lo que respecta a un producto comercializado por Dow Corning. Este tipo de pruebas se utilizará exclusivamente si no dispone de un historial de extracción que demuestre la existencia de un "Identificador exclusivo".
Varifil	Aceptable

**5. ¿PUEDO COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE DEMANDA Y ENVIAR MI HISTORIAL Y DOCUMENTOS CLÍNICOS EN MI LENGUA MATERNA O TIENEN QUE ESTAR EN INGLÉS?**

Tiene la posibilidad de presentar este formulario de demanda y el historial y documentos clínicos en su propio idioma. Podremos procesar su demanda con mayor rapidez si completa el formulario de demanda en inglés y traduce su historial clínico a esta lengua. *(Lea la pregunta P2-3 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una mayor información.)*

**6. SI RECIBO LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, ¿PUEDO RECIBIR OTROS PAGOS DE LA LIQUIDACIÓN?**

No.

**7. ¿EXISTE UNA FECHA LÍMITE PARA ENTREGAR EL FORMULARIO DE DEMANDA Y EL HISTORIAL O DOCUMENTOS CLÍNICOS?**

Debe presentar el formulario de demanda y el historial o documentos clínicos en o antes de tres (3) años a partir de la "Fecha de entrada en vigor". *(Lea la pregunta P6-5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una mayor información sobre la Fecha de entrada en vigor.)*

**8. ¿A QUIÉN PUEDO DIRIGIRME SI TENGO DUDAS O NECESITO AYUDA?**

El Programa de ayudas a la resolución de demandas se encuentra disponible para responder a preguntas relativas al modo de cumplimentar los formularios de su Paquete de demandas. Aquí también le pueden ayudar proporcionándole información sobre el modo de obtener el historial y los documentos clínicos que sirvan de apoyo a la demanda. Este servicio no le significará costo alguno.

**Llame al nº de teléfono gratuito +1 (866) 874-6099  
o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet.**

**NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet



**4. Formalice el cuadro incluido a continuación para proporcionar información relativa a todos los implantes de prótesis mamarias que haya recibido. Si precisa más espacio, utilice un folio en blanco, imprimiendo con claridad su nombre y número de la Seguridad Social o número de demanda en cada uno de los folios.**

Fecha aproximada de la intervención quirúrgica de implante de prótesis mamaria	Marca o nombre del fabricante de la prótesis	País en el que recibió el implante	Fecha aproximada de retiro del implante
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes /Día/ Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar

**5. Devuelva firmado este formulario antes de tres (3) años a partir de la fecha de entrada en vigor.**

Declaro bajo pena de perjurio que recibí un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y que la información que aparece en este formulario es cierta, correcta y completa según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante, albacea/administrador o custodio

# FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3

## *I n s t r u c c i o n e s*

### DEMANDANTES POR IMPLANTE DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice este formulario para solicitar el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses. Lea estas Instrucciones y la Guía informativa para el demandante de la Opción 3 para obtener una mayor información.

#### **1. ¿QUÉ ES EL PAGO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3?**

Si ha cursado un formulario de "Prueba de la demanda" en el tribunal de quiebras de los Estados Unidos en Michigan antes del 14 de febrero de 1997, recibirá un pago de 600 dólares estadounidenses si devuelve completo este formulario antes de quince (15) años a partir de la Fecha de entrada en vigor. (Lea la pregunta P5-5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 3 para obtener una mayor información sobre la Fecha de entrada en vigor.)

#### **2. ¿TENGO QUE PRESENTAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL JUNTO CON EL FORMULARIO DE DEMANDA PARA RECIBIR EL PAGO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES?**

No.

#### **3. ¿CUÁLES SON LAS MARCAS DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING?**

Si se le implantó cualquiera de las siguientes marcas, podrá optar al Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses:

MARCA	ESTADO
Cronin	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas en o a partir de 1963 - 1971
Dow Corning	Aceptable
Dow Corning Wright	Aceptable
DC o DCW	Aceptable
Mueller, V. o V. Mueller	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas después del 1 de enero de 1968 y antes del 31 de agosto de 1974
SILASTIC o Silastic	Aceptable
SILASTIC II o Silastic II	Aceptable
SILASTIC MSI o Silastic MSI	Aceptable
"silastic" - con todas las letras en minúsculas	Aceptable si se incluye dentro de un informe de intervención del momento de la implantación de la prótesis mamaria con anterioridad al año 1969, siempre que no exista otra información en su historial que sea irregular en lo que respecta a un producto comercializado por Dow Corning. Este tipo de pruebas se utilizará exclusivamente si no dispone de un historial de extracción que demuestre la existencia de un "Identificador exclusivo".
Varifil	Aceptable

#### NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

**4. ¿PUEDO COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE DEMANDA EN MI LENGUA MATERNA O TIENE QUE ESTAR EN INGLÉS?**

Tiene la posibilidad de presentar este formulario de demanda en su propio idioma. No obstante, podremos procesar la demanda con mayor rapidez si completa el formulario en inglés.

**5. SI RECIBO EL PAGO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, ¿PUEDO RECIBIR OTROS PAGOS DE LA LIQUIDACIÓN?**

No.

**6. ¿A QUIÉN PUEDO DIRIGIRME SI TENGO DUDAS O NECESITO AYUDA?**

El Programa de ayudas a la resolución de demandas se encuentra disponible para responder a preguntas relativas al modo de cumplimentar los formularios de su Paquete de demandas. Aquí también le pueden ayudar proporcionándole información sobre el modo de obtener el historial y los documentos clínicos que sirvan de apoyo a la demanda. Este servicio no le significará costo alguno.

**Llame al n° de teléfono gratuito +1 (866) 874-6099  
o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet.**

**NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

Para más información o si tiene alguna duda, llame al [n° de teléfono gratuito](tel:+18668746099) del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

## FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3

### PARA DEMANDANTES POR IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice este formulario para solicitar el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses.

#### 1. Utilice la etiqueta autoadhesiva que se suministra con el paquete.

**PEGUE AQUÍ SU ETIQUETA  
IDENTIFICATIVA**

**PUEDE INCLUIR LAS CORRESPONDIENTES ACTUALIZACIONES O CORRECCIONES DE SUS DATOS A CONTINUACIÓN:**

1. Número de demanda o  
Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año
3. \_\_\_\_\_  
Nuevo apellido
4. \_\_\_\_\_  
Nueva dirección
- \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal
5. Teléfono de contacto durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Teléfono de contacto durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
7. Nombre/Dirección/Teléfono/Fax de su abogado:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Si desea recibir boletines informativos o información  
relativa a su demanda por correo electrónico, incluya su  
dirección de correo electrónico:  
\_\_\_\_\_

#### 2. Solicito el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses.

Declaro bajo juramento que he recibido un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. Entiendo y asumo que si acepto el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses, no podré recibir ningún otro pago.

#### 3. **Devuelva firmado este formulario antes de quince (15) años a partir de la Fecha de entrada en vigor.**

Declaro bajo pena de perjurio que recibí un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y que la información que aparece en este formulario es cierta, correcta y completa según mi leal saber y entender. Retiro toda demanda contra Dow Corning, las Partes con su liquidación efectuada y el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones que tenga en la actualidad o pueda tener en un futuro derivada de mis implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning o de cualquier componente que forme parte de mis implantes.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante, albacea/administrador o custodio

#### ● FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3 ●

Para más información o si tiene alguna duda, llame al n° de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la  
resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet