

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](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM)

**USC**

**Usted puede enviar su Formulario de reclamo en línea a [www.USCTyndallSettlement.com](http://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.USCTyndallSettlement.com](http://www.USCTyndallSettlement.com) para obtener información adicional.

**El presente Formulario de reclamo también puede completarse por Internet en [www.USCTyndallSettlement.com](http://www.USCTyndallSettlement.com).**

¿PREGUNTAS? LLAME AL NÚMERO GRATUITO 1-888-663-1718 (EE. UU. Y CANADÁ), +1-800-953-0227 (MÉXICO), +800-666-64001 (INTERNACIONAL), 1-080-0140-2826 (CHINA MOBILE SUR), 1-080-0714-2807 (CHINA MOBILE NORTE), CORREO ELECTRÓNICO [INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](mailto:INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM), O VISITE [WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM).





<b>4. TELÉFONO DEL ABOGADO:</b>	<p style="text-align: center;">(           ) - (           ) -           -          </p> <p style="text-align: center;">Código de país (si está fuera de los Estados Unidos)                      Código de área                      Número</p>
<b>5. CORREO ELECTRÓNICO DEL ABOGADO DIRECCIÓN:</b>	

## SECCIÓN C: SELECCIÓN DE RECLAMO

Seleccione **una** 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](mailto: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.*





**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?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**13. ¿Cuál fue el motivo que le indicó el Dr. Tyndall para que se desvistiera?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**14. ¿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.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**15. 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?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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:



**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.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**39. ¿Cuándo fue la primera vez que usted sintió que la conducta que usted describió anteriormente era 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:

**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.**





















## 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 reembolso, 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.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿PREGUNTAS? LLAME AL NÚMERO GRATUITO 1-888-663-1718 (EE. UU. Y CANADÁ), +1-800-953-0227 (MÉXICO), +800-666-64001 (INTERNACIONAL), 1-080-0140-2826 (CHINA MOBILE SUR), 1-080-0714-2807 (CHINA MOBILE NORTE), CORREO ELECTRÓNICO [INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](mailto:INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM), O VISITE

[WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM).

