



PAQUETE DE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Lea atentamente toda la información de este paquete antes de completar y presentar su formulario de reclamación de responsabilidad civil.

Documentos incluidos en el paquete de formulario de reclamación de responsabilidad civil

- Información del formulario de reclamación de responsabilidad civil (página 1)
- Instrucciones para el formulario de reclamación de responsabilidad civil (página 2)
- El formulario de reclamación de responsabilidad civil se completará y devolverá al Puerto de Seattle (páginas 3-5)
- Autorización para que se complete la divulgación de información médica protegida y se devuelva al Puerto de Seattle si corresponde (página 6-7)

Requisitos legales para presentar formularios de reclamación de responsabilidad civil

Para verificar la reclamación y la información de respaldo, [RCW 4.96.020 \(3\)\(b\)](#) requiere que se firme el Formulario de reclamación de responsabilidad civil:

- (i) Por parte del demandante, verificar la reclamación;
- (ii) De conformidad con un poder notarial escrito, por el abogado de hecho del demandante;
- (iii) Por un abogado admitido para ejercer en el estado de Washington en nombre del demandante; o
- (iv) Por un tutor aprobado por el tribunal o tutor ad litem en nombre del demandante.

Los formularios de reclamación de responsabilidad civil se pueden enviar por correo electrónico a tortclaims@portseattle.org o el formulario de reclamación de responsabilidad civil y los documentos de respaldo se pueden enviar por correo o entregar en mano a:

Laricel Cambronero, Risk Claims Manager o
Jeff Hollingsworth, Risk Manager o
Ian Kohler, Risk Claims Specialist del
Port of Seattle
2711 Alaskan Way
P. O. Box 1209
Seattle, WA 98111

Horario comercial: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
Cerrado los fines de semana y feriados.

Puede comunicarse con el mostrador de recepción de Pier 69 al (206) 787-3000 para programar una entrega de reclamación de responsabilidad civil en persona.

Tenga en cuenta que <https://www.portseattle.org/page/service-legal-documents> contiene preguntas frecuentes. Si tiene más preguntas sobre el proceso de reclamación, llame al (206) 787-6162.



INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Lea la información a continuación antes de presentar un formulario de reclamación de responsabilidad civil. Escriba o imprima claramente con tinta.

<p>INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE</p>	<p>Ingrese el nombre de la persona, empresa o entidad que afirma la reclamación. El nombre, la fecha de nacimiento y la información de contacto del demandante se requieren según RCW 4.96.02(3)(a) , así como la residencia real del demandante en el momento de presentar la reclamación y en el momento en el que la reclamación surgió.</p>
<p>INFORMACIÓN SOBRE INCIDENTES</p>	<p>Según RCW 4.96.020(3)(a):se requiere lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una descripción de la conducta y las circunstancias que provocaron la lesión o el daño; • Una descripción de la lesión o el daño; • Una declaración de la hora y el lugar en que ocurrió la lesión o el daño (<i>si el incidente que causó los daños ocurrió durante un período de tiempo, proporcione la fecha de inicio y finalización.</i>); • Una lista de los nombres de todas las personas involucradas e información de contacto, si se conoce; • Una declaración del importe de los daños reclamados <p>Proporcione toda la información solicitada, los nombres de toda otra parte lesionada y todo documento o evidencia disponible que respalde su reclamación, como registros médicos o facturas por lesiones personales, fotografías, prueba de propiedad por daños a la propiedad, recibos de reparaciones, información sobre pérdidas salariales y otra documentación cuando corresponda. <i>Si necesita espacio adicional, adjunte páginas adicionales.</i></p>
<p>Firma</p>	<p>Para verificar la reclamación y la información de respaldo, RCW 4.96.020 (3)(b) requiere que se firme el Formulario de reclamación de responsabilidad civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por parte del demandante, verificar la reclamación; • De conformidad con un poder notarial escrito, por el abogado de hecho del demandante; • Por un abogado admitido para ejercer en el estado de Washington en nombre del demandante; o • Por un tutor aprobado por el tribunal o tutor ad litem en nombre del demandante. <p><i>Si este formulario está firmado por alguien que no sea el demandante, escriba también el nombre y el título del firmante.</i></p>
<p>Autorización para la divulgación de información de salud protegida Información</p>	<p>Si presenta una reclamación por lesiones personales, firme y adjunte el formulario de autorización médica.</p>

INFORMACIÓN SOBRE INCIDENTES

Fecha del incidente: _____

Hora del incidente: _____

Ubicación del incidente: _____

Descripción de la conducta o las circunstancias que provocaron la lesión o el daño:

Descripción de la lesión o el daño:

Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas o testigos de este incidente y de todos los empleados del Puerto de Seattle que tengan conocimiento de este incidente:

Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas aún no identificadas que tienen conocimiento sobre los problemas de responsabilidad involucrados en este incidente o conocimiento de los daños del demandante. Incluya una breve descripción de la naturaleza y el alcance del conocimiento de cada individuo.

¿Se informó de este incidente a oficiales de seguridad o encargados, el puerto de Seattle u otro personal? Si es así, indique cuándo y a quién. Incluya el número de caso de oficiales de seguridad o encargados y/o una copia del informe.

Nombres, direcciones y números de teléfono de los personal médico que atendió el incidente. Adjunte copias de todos los informes médicos y facturas.

Nombre, dirección y número de teléfono de su empleador. Si reclama salarios perdidos, identifique su posición y su tasa de pago.

Importe de los daños reclamados: \$ _____

Adjunte todos los documentos que respalden las alegaciones y los daños reclamados.

Este formulario de reclamación de responsabilidad civil debe estar firmado por el demandante, una persona que posea un poder notarial escrito del demandante, por el abogado de hecho del demandante, por un abogado admitido para ejercer en el estado de Washington en nombre del demandante o por un tutor aprobado por el tribunal o tutor ad litem en nombre del demandante.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington que lo anterior es auténtico y correcto.

Fecha

Firma

Nombre/título impreso

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Beneficiario de Medicare/Medicaid: Sí No

Por la presente, autorizo la divulgación de mi información médica protegida con el fin de procesar mi reclamación por daños y perjuicios presentada ante el Puerto de Seattle. Envíe copias legibles de todos los registros a:

Puerto de Seattle, Risk Management
P. O. Box 1209
Seattle, WA 98111

Entiendo que al firmar este documento, autorizo la divulgación de la siguiente información:

Registros médicos completos de todos los servicios, incluidos el historial y el examen físico; notas de progreso; informes de radiografías; ingresos de pacientes hospitalizados; notas operativas; terapia física o de otro tipo; informes de pruebas de laboratorio y de otro tipo; órdenes de médicos y asistentes médicos; notas de enfermería; y todos los demás registros y referencias designadas por el médico como parte de su registro médico.

Resultados de las pruebas de VIH e información relacionada con las pruebas y/o el tratamiento del VIH.

Registros de salud psiquiátrica, mental y conductual, incluidas notas de tratamiento, evaluaciones, documentos y resultados de pruebas, y registros médicos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de salud mental.

Registros de evaluaciones, pruebas, referencias y/o tratamientos de alcohol. Recetas e informes de farmacia.

Toda la correspondencia y los documentos recibidos o enviados, incluido el correo electrónico, que hagan referencia a mi tratamiento, información relacionada con presuntas agresiones sexuales o enfermedades de transmisión sexual, incluidos los resultados de las pruebas.

Información sobre atención de urgencia, consultas ambulatorias u otras consultas clínicas. Información ginecológica y/u obstétrica.

Todos los registros de clientes generados para o por programas gubernamentales de los que soy cliente. Identifique el (los) programa (s) y la agencia: _____.

Registros financieros relacionados con mi atención y tratamiento.

Entiendo lo siguiente: (LEA Y PONGA SUS **INICIALES** EN TODAS LAS DECLARACIONES)

_____ Mis registros están protegidos por las regulaciones de la HIPAA/PHI (ley federal) y la Ley de Información de Atención Médica del Estado de Washington ([RCW 70.02](#)).

_____ Mi información médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del Puerto de Seattle y no estar protegida con el propósito de evaluar e investigar la reclamación que he presentado.

_____ La información específica que se divulgará en mi registro médico puede incluir información relacionada con el consumo de alcohol, drogas u otras sustancias controladas, recomendaciones para terapia y/o antecedentes de pruebas o tratamiento del VIH/SIDA.

_____ Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por medio de una notificación por escrito al Puerto de Seattle, Administración de Riesgos. La revocación entrará en vigor a partir de la fecha en que el Puerto de Seattle la reciba. Cualquier registro obtenido de conformidad con esta Autorización antes de la revocación se considerará autorizado por mí para su divulgación.

_____ Esta autorización expira a los noventa (90) días a partir de la fecha en que la firme. También puedo autorizar un plazo diferente para que esta divulgación sea válida.

Una copia de esta Autorización es tan válida como la original.

_____ Fecha

_____ Firma