

La Universidad de Columbia envió una carta a los antiguos pacientes de Hadden para notificarles sobre la existencia del fondo de compensación. Se les informa que tres bufetes de abogados en Nueva York han presentado demandas colectivas en nombre de antiguos pacientes, como usted, que alegan violaciones de la ley, incluyendo bajo la Ley de Sobrevivientes Adultos y/o la Ley de Protección contra la Violencia de Género de la Ciudad de Nueva York. Si usted es un antiguo paciente de Hadden y experimentó alguna forma de abuso por parte de Hadden, le animamos a consultar con un abogado de su elección para asegurarse de que comprende sus derechos antes de proceder.

Cerrar y Continuar

CUESTIONARIO

INFORMACIÓN RELACIONADA A ELEGIBILIDAD

¿Es usted un(a) ex paciente de Robert Hadden? *

Sí No

¿Ha demandado anteriormente (es decir, iniciado un litigio contra) la Universidad de Columbia o el Centro Médico de la Universidad de Columbia o el Hospital Presbiteriano de Nueva York o cualquier persona o entidad afiliada relacionada con Robert Hadden? *

Sí No

¿Ha contratado a un abogado (es decir, ha firmado una carta de compromiso) para que le represente en el litigio relacionado con Robert Hadden contra la Universidad de Columbia o el Centro Médico de la Universidad de Columbia o el Hospital Presbiteriano de Nueva York o cualquier persona o entidad afiliada? *

Sí No

¿Ha llegado previamente a un acuerdo de resolución con la Universidad de Columbia o el Centro Médico de la Universidad de Columbia o el Hospital Presbiteriano de Nueva York o cualquier persona o entidad afiliada relacionada con Robert Hadden? *

Sí No

¿Fue abusada verbal y/o físicamente por Robert Hadden? *

Sí No

¿Dónde tuvieron lugar sus visitas médicas con Robert Hadden? (Por favor, marque todo lo que sea aplicable)

- 21 Audubon Clinic, 21 Audubon Avenue, New York, NY 10032
- 16 East 60th Street, New York, NY 10022
- Vanderbilt Clinic, 622 West 168th Street, New York, New York 10032
- New York Presbyterian Columbia Campus, 622 West 168th Street, New York, NY 10032
- Otra

¿Cuál fue el motivo principal de sus visitas médicas a Robert Hadden? (Por favor, marque todo lo que sea aplicable)

- Examen ginecológico de rutina/examen anual
- Cita de seguimiento de una condición/enfermedad ginecológica
- Cita de seguimiento de un examen de mamas
- Cuidados prenatales
- Parto con ingreso hospitalario
- Cuidados postnatales
- Otro(s)

Siguiente

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

 **Llamar** 1-212-641-0830

 **Correo Electrónico** info@haddensettlementfund.com

 **Correo** Fondo de Compensación Hadden
c/o JND Legal Administration
PO Box 91480
Seattle, WA 98111

CUESTIONARIO

NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RECLAMANTE

Primer nombre *	Inicial Segundo Nombre	Apellido(s) *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro(s) Nombre(s) Utilizados		
<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento *		
<input type="text" value="mm/dd/yyyy"/>		
Pais *		
<input type="text" value="United States of America"/>		
Dirección Actual *		
<input type="text"/>		
Dirección Actual 2		
<input type="text"/>		
Ciudad *	Estado *	Código Postal *
<input type="text"/>	<input type="text" value="Por favor seleccione una opción"/>	<input type="text"/>
Mejor número de teléfono para contactarle *		
<input type="text"/>		
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Móvil <input type="radio"/> Trabajo		
Correo electrónico *		
<input type="text"/>		
¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? (marque todo lo que le sea aplicable)		
<input type="checkbox"/> Correo Postal		
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico		
<input type="checkbox"/> Teléfono		

NOTE: Es importante que informe al Administrador de Reclamaciones si cambia de dirección física, dirección de correo electrónico o número de teléfono. Para revisar y tramitar su reclamación debemos poder ponernos en contacto con usted.

[Atrás](#)[Siguiente](#)

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

 **Llamar** 1-212-641-0830
 **Correo Electrónico** info@haddensettlementfund.com
 **Correo** Fondo de Compensación Hadden
c/o JND Legal Administration
PO Box 91480
Seattle, WA 98111

CUESTIONARIO

**ABOGADO
(Si Es Aplicable)**

¿Está representado por un abogado en este asunto? *

Sí No

Primer Nombre del Abogado

Apellido(s) del Abogado

Nombre de la Firma

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Por favor seleccione una opción

Código Postal

Teléfono de la Oficina

Teléfono Móvil

Correo Electrónico del Abogado

Atrás

Siguiente

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

-  **Llamar** [1-212-641-0830](tel:1-212-641-0830)
-  **Correo Electrónico** info@haddensettlementfund.com
-  **Correo** Fondo de Compensación Hadden
c/o JND Legal Administration
PO Box 91480
Seattle, WA 98111

CUESTIONARIO

INFORMACIÓN RELACIONADA A GRAVÁMENES MÉDICOS
(Derecho al Reembolso)

Como parte del proceso de reclamaciones, el Administrador de Reclamaciones confirmará que no hay gravámenes médicos relacionados a su lesión que deben reembolsarse antes del desembolso de los fondos al solicitante. Esta es una parte obligatoria del proceso del Fondo de Compensación, y su reclamación no se revisará ni se atenderá hasta que se presenten todos los documentos necesarios para ejecutar los embargos médicos.

- El Administrador de Reclamaciones confirmará que no hay gravámenes médicos presentado contra usted relacionados con una lesión cubierta por el acuerdo de compensación en relación con:
 - Partes A y B de Medicare;
 - Partes C y D de Medicare, incluyendo aseguradoras privadas que administran la cobertura de las Partes C y D de Medicare;
 - Medicaid Estatal; y
 - Beneficios militares (TRICARE or Asuntos de los Veteranos).
- La ley federal y estatal otorgan a Medicare, Medicaid, el Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE.UU., TRICARE y otras agencias gubernamentales el derecho de recuperar parte o todo un pago de un acuerdo de compensación como reembolso si pagaron por la atención médica relacionada con una lesión que está cubierta por un acuerdo de compensación.
- Si se determina que tiene derecho a una distribución y existe un gravamen médico, los especialistas en resolución de gravámenes médicos del Administrador de Reclamaciones revisarán el gravamen e intentarán negociar una resolución.
- El Administrador de Reclamaciones no puede aceptar su representación de que no hay gravámenes médicos y debe, en cambio, verificar independientemente si hay gravámenes médicos.

Su solicitud se considerará completamente enviada y lista para revisión por el Administrador de Reclamaciones solo después de que usted haya (a) respondido todos los campos requeridos en el Cuestionario; (b) enviado el Cuestionario en línea; (c) firmado y completado el **Consentimiento y Autorización para el Uso y Divulgación de Información**; y (d) firmado y completado el formulario **Prueba de Representación**.

Estado de residencia en el momento del tratamiento por Robert Hadden *

Estado(s) de residencia desde la fecha del tratamiento hasta la actualidad, si es diferente

Género en el momento del abuso *

- Mujer Hombre

Por favor, proporcione su Número de Seguro Social o Documento Nacional de Identidad si no tiene Número de Seguro Social *

- Número de Seguro Social Documento Nacional de Identidad

¿Participa o tiene derecho a las Partes A/B de Medicare?

Número de Reclamación de Medicare (HICN)

¿Participa o tiene derecho a la Parte C de Medicare?

Nombre del Plan

Número de Miembro del Plan

Fecha de Inscripción

mm/dd/aaaa

¿Participa o tiene derecho a la Parte D de Medicare?

Nombre del Plan

Número de Miembro del Plan

Fecha de Inscripción

mm/dd/aaaa

¿Participa o tiene derecho a Medicaid?

Número de Medicaid

Estado de Emisión

Fecha de Inscripción

mm/dd/aaaa

¿Ha estado inscrito en un programa de Medicaid en más de un estado?

- Sí No

¿En qué estados ha estado inscrito en un programa de Medicaid?

¿Es usted veterano o miembro de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

- Sí No

Por favor, responda a las siguientes preguntas relacionadas con los beneficios de atención médica o de medicamentos recetados del Departamento de Asuntos de los Veteranos:

Número de Reclamación

Fecha de Inscripción

mm/dd/aaaa

Sucursal

Patrocinador

Número de Seguro Social del Patrocinador

Centro de Tratamiento

Por favor, responda a las siguientes preguntas relacionadas con los beneficios de atención médica o de medicamentos recetados de TRICARE:

Número de Reclamación

Fecha de Inscripción

mm/dd/aaaa

Sucursal

Patrocinador

Número de Seguro Social del Patrocinador

Centro de Tratamiento

INFORMACIÓN RELACIONADA A QUIEBRA PERSONAL

Entre la fecha de tratamiento y la fecha de presentación de esta solicitud, ¿se ha declarado alguna vez en quiebra personal o se ha declarado una quiebra involuntaria en su contra?

- Sí No

Por favor, indique el número de caso, el estado en el que se presentó y el nombre utilizado en la medida en que lo recuerde.

Atrás

Siguiente

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

 Llamar 1-212-641-0830
 Correo Electrónico info@haddensettlementfund.com
 Correo Fondo de Compensación Hadden
 c/o JND Legal Administration
 PO Box 91480
 Seattle, WA 98111

ABUSO SEXUAL POR HADDEN**PREGUNTAS DE FONDO**

¿Por qué buscó tratamiento de Hadden?:

Describa cómo obtuvo conocimiento de la práctica de Hadden, incluyendo si fue referido al consultorio por otra persona:

Enumere (a) un número aproximado de las ocasiones en que vio a Hadden, y (b) las fechas de sus visitas con Hadden, como mejor pueda recordar:

Describa la primera vez que interactuó con Hadden:

¿Hadden asistió en el parto de alguno de sus hijos?(De ser así, indique sus fechas de nacimiento, sus nombres al momento de nacer y sus edades actuales):

Describa si otras personas estuvieron presentes en la sala de tratamiento durante alguna de sus visitas con Hadden:

ABUSO SEXUAL Y VERBAL

Indique las fechas en que recuerde que comenzaron los abusos:

Indique las fechas en que recuerde que culminaron los abusos:

Indique su nombre legal (si es diferente de su nombre actual) y su(s) edad(es) en el momento de los abusos:

Por favor, seleccione los lugares de tratamiento en los que recuerda que se produjeron los abusos (marque todos los que correspondan):

- 21 Audubon Clinic, 21 Audubon Avenue, New York, NY 10032
- 16 East 60th Street, New York, NY 10022
- Vanderbilt Clinic, 622 West 168th Street, New York, New York 10032
- New York Presbyterian Columbia Campus, 622 West 168th Street, New York, NY 10032
- Otra

Por favor, indique otros lugares donde se cometieron los abusos

Por favor, describa con el mayor detalle posible, por cada vez que ocurrió, la naturaleza del abuso que usted experimentó, incluido el abuso específico sufrido (esto es difícil, pero estos detalles serán útiles para que el Administrador de Reclamos evalúe su reclamo):

Atrás

Siguiendo

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

-  Llamar 1-212-641-0830
-  Correo Electrónico info@haddensettlementfund.com
-  Correo Fondo de Compensación Hadden
c/o JND Legal Administration
PO Box 91480
Seattle, WA 98111

ABUSO SEXUAL POR HADDEN**APOYO**

Enumere todas las personas que recuerde que fueron testigos de los abusos y cuándo/dónde los presenciaron:

Enumere (a) todas las otras personas que puedan corroborar su experiencia de abusos y (b) cuándo informó a estas personas de los abusos:

REPERCUSIONES DEL ABUSO

Por favor, seleccione y describa, lo mejor que pueda, las repercusiones que, en su opinión, los abusos de Hadden han tenido en su vida, incluyendo:

 Consecuencias físicas y lesiones

Si sufrió alguna lesión física relacionada con los abusos de Hadden y recibió tratamiento por dichas lesiones, indique:

Cualquier médico o proveedor de atención médica que le haya tratado como consecuencia de los abusos:

La(s) fecha(s) de (los) tratamiento(s)

El diagnóstico (si alguno) de la enfermedad/condición por la que ha sido tratado:

Cualquier cantidad que pagó por dicho(s) tratamiento(s):

 Consecuencias psicológicas y lesiones

Si sufrió alguna lesión psicológica relacionada con los abusos de Hadden y recibió tratamiento por dichas lesiones, indique:

Cualquier psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero u otro profesional de la salud mental que le haya tratado como consecuencia de los abusos:

La(s) fecha(s) de (los) tratamiento(s):

El diagnóstico (si alguno) de la condición de salud mental por la que le trataron:

Cualquier cantidad que pagó por dicho(s) tratamiento(s):

 Repercusiones Económicas

Cualquier repercusión económica (incluyendo pérdida de salario)

 Repercusiones Matrimoniales/Interpersonales, Profesionales, Educativas, Familiares

Descripción del impacto de los abusos en su matrimonio/relaciones interpersonales, carrera, educación, vida familiar:

Por favor indique cualquier psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero u otro profesional de la salud mental que le haya tratado antes del abuso, incluyendo las fechas de los tratamientos y el diagnóstico (si alguno) de la condición de salud mental por la que le trataron:

Por favor indique cualquier psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero u otro profesional de la salud mental que le haya tratado después del abuso, incluyendo las fechas de los tratamientos y el diagnóstico (si alguno) de la condición de salud mental por la que le trataron:

[Atrás](#)
[Siguiente](#)

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

 **Llamar** 1-212-641-0830
 **Correo Electrónico** info@haddensettlementfund.com
 **Correo** Fondo de Compensación Hadden
 c/o JND Legal Administration
 PO Box 91480
 Seattle, WA 98111

INFORMACIÓN ADICIONAL

APOYO

Con excepción de los sucesos descritos anteriormente, describa todos los demás contactos que recuerde haber tenido con Hadden, incluido cualquier contacto que haya podido tener desde los abusos:

Describa cuándo se enteró de las acusaciones que implicaban a Hadden:

Si estuvo involucrado en cualquier investigación criminal de Hadden, describa su participación en dicha investigación:

Si alguna vez ha sufrido abusos sexuales por parte de otra(s) persona(s) distinta(s) de Hadden, describa la naturaleza general del abuso, su edad en el momento del abuso, las fechas, el número de veces y los detalles, como mejor que pueda:

Si ha sido parte en algún litigio anterior (ya sea por daños personales o de otro tipo), suministre toda la información de identificación de cada litigio o reclamación:

Si dispone de cualquier otra información o documentación que considere que debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar su solicitud, inclúyala aquí:

[Atrás](#)[Siguiente](#)

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

 **Llamar** 1-212-641-0830
 **Correo Electrónico** info@haddensettlementfund.com
 **Correo** Fondo de Compensación Hadden
c/o JND Legal Administration
PO Box 91480
Seattle, WA 98111

ABUSO SEXUAL POR HADDEN**DOCUMENTOS DE APOYO**

Suministre cualquier documento (incluidas, pero sin limitarse a, fotografías, videos, grabaciones de audio, correos electrónicos y mensajes de texto) que corrobore su experiencia de abusos, al igual que todos los documentos que justifiquen el tratamiento que ha recibido. Por favor incluya toda la documentación que considere que debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar su solicitud.

Por favor, suba un archivo en uno de los siguientes formatos y haga clic en "Cargar": .bmp, .gif, .jpg, .jpeg, .pdf, .png, .tiff, .tif, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .csv, .rtf. Usted puede subir archivos de hasta 50MB de tamaño, hasta 500MB en total. Si tiene archivos adicionales o más grandes para proporcionar, contáctenos a info@haddensettlementfund.com.

Choose File No file chosen

Cancelar

Cargar

GRABACIONES DE AUDIO O VÍDEO DE APOYO

Suministre aquí cualquier video o grabación de audio que respalde su experiencia de abusos. Incluya cualquier otra grabación de video o audio que considere que debe tenerse presente a la hora de evaluar su reclamación.

Por favor, suba un archivo en uno de los siguientes formatos y haga clic en "Cargar": .mov, .mp3, .mp4, .wav. Usted puede subir archivos de hasta 50MB de tamaño, hasta 500MB en total. Si tiene archivos adicionales o más grandes para proporcionar, contáctenos a info@haddensettlementfund.com.

Choose File No file chosen

Cancelar

Cargar

Atrás

Siguiente

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

-  **Llamar** [1-212-641-0830](tel:1-212-641-0830)
-  **Correo Electrónico** info@haddensettlementfund.com
-  **Correo** Fondo de Compensación Hadden
c/o JND Legal Administration
PO Box 91480
Seattle, WA 98111

Resume

Información de Contacto

Primer nombre	Primer Nombre
Inicial de Segundo Nombre	
Apellido(s)	Apellido
Otro(s) Nombre(s) Utilizados	
Dirección Actual	Direccion Actual
Dirección Actual 2	
Ciudad	Ciudad
Estado	AL
Código Postal	99999
País	US
Mejor número de teléfono para contactarle	(206) 867-5309
Tipo de Teléfono	Mobile
Correo electrónico	CorreoElectronico@Correo.com
¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?	Correo Electrónico

Documentos de Apoyo

Nombre de archivo

Grabaciones de Audio o Video de Apoyo

Nombre de archivo

¿Además de completar este formulario, usted desea tener la oportunidad de hablar directamente con el Administrador de Reclamos? Esto no es obligatorio, y cualquier información compartida con el Administrador de Reclamos durante dicha junta se mantendrá confidencial. (seleccione su respuesta) *

Sí No

VERIFICACION

He revisado las respuestas anteriormente mencionadas y confirmo que la información suministrada es correcta y completa según mi mejor recuerdo y conocimiento. Las partes acuerdan que este documento no se utilizará para ningún fin ajeno al Fondo de Compensación, y que no se difundirá ni redistribuirá a la prensa, al público, ni se utilizará para testificar en declaraciones, impugnar, contrainterrogar o testificar en juicios, a menos que así lo exija la ley. Me he esforzado por proporcionar información correcta basada en mis recuerdos de los incidentes aquí descritos, y comprendo que la información que estoy proporcionando afectará mi derecho a recibir una indemnización. Asimismo, entiendo que este Cuestionario y cualquier conversación relacionada con mi solicitud al Fondo de Compensación se mantendrán confidenciales a efectos de la compensación, de conformidad con la Regla 408 de las Reglas Federales de Evidencia, todas las leyes estatales equivalentes y las leyes o reglamentos aplicables. Por la presente autorizo a Simone Lechuk y a sus agentes autorizados a revisar mi información médica, sólo en la medida necesaria para evaluar mi solicitud de indemnización y realizar una distribución adecuada de los fondos.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes de Nueva York, que puede incluir una multa o encarcelamiento, que lo anterior es cierto, y entiendo que este documento puede ser presentado en una acción o procedimiento ante un tribunal de justicia.

Firma *

Fecha

04/09/2024 - hora de verano oriental

Atrás

Siguiente

Advertencia: El progreso no se guardará. Debe completar el Cuestionario y hacer clic en enviar antes de que pueda ser considerado.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Visite este sitio web regularmente para obtener la información más actualizada.

 Llamar 1-212-641-0830
 Correo Electrónico info@haddensettlementfund.com
 Correo Fondo de Compensación Hadden
 c/o JND Legal Administration
 PO Box 91480
 Seattle, WA 98111