

Paquete de formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios (Condado de Island)

Le pedimos que *lea atentamente toda la información de este paquete* antes de completar y presentar su reclamación estándar por daños y perjuicios.

Presentación de un formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios

Todas las reclamaciones contra el condado, o contra los funcionarios, empleados o voluntarios del condado, deben presentarse en el formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios (condado de Island) a la oficina de Gestión de Riesgos (Risk Management).

Documentos incluidos en el paquete de formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios

1. Instrucciones para completar el formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios
2. Formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios
3. Autorización para revelar información médica protegida (PHI) solo para reclamaciones por daños y perjuicios relacionadas con lesiones corporales
4. Formulario de colisión de vehículos solo para reclamaciones por daños y perjuicios relacionadas con accidentes/colisiones de vehículos

Requisitos legales para presentar formularios de reclamación estándar por daños y perjuicios

Para verificar la reclamación y la información de apoyo adicional, la ley exige que el formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios esté firmado por:

- El reclamante; o
- La persona que tenga un poder escrito del reclamante; o
- El abogado del reclamante; o
- El abogado habilitado para ejercer en el estado de Washington en nombre del reclamante; o
- Un tutor o tutor ad litem aprobado por el tribunal en nombre del reclamante.

Presente en persona, por correo postal o por correo electrónico el formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios y los documentos justificativos a:

Island County
Risk Management
Administration Building (Old County Courthouse)
1 NE 7th Street, Room 211
Coupeville, WA 98239
Correo electrónico: RiskManagement@islandcountywa.gov

Horario de atención: lunes-viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Cerrado los fines de semana y días festivos oficiales del condado.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ESTÁNDAR POR DAÑOS Y PERJUICIOS

- Antes de completar un formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios, lea estas instrucciones, el formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios y otros formularios correspondientes en su totalidad.
- Escriba a máquina o en letra de molde claramente en tinta y firme el formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios.
- Proporcione toda la información solicitada y cualquier otro documento o prueba disponible que respalde su reclamación, como expedientes médicos o facturas por lesiones corporales, fotografías, pruebas de título de propiedad en caso de daños materiales, **cálculos de reparación (se requiere un mínimo de 2)**, recibos por el valor de la propiedad, etc.
- Si la información solicitada no puede indicarse en el espacio previsto, use hojas adicionales en blanco para que su formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios pueda leerse y comprenderse fácilmente.
- Los siguientes son ejemplos de cómo completar el formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios:
 1. Smith, Karen, Michelle
 2. 1234 College Way NW, Apt 56, Seattle, WA 98178
 3. PO Box 910, Seattle WA 98178
 4. Misma dirección (o residencia en el momento del incidente)
 5. 206-123-4567
 6. ksmith@verizon.net
 7. 08/09/2008, 8:00 a. m.
 8. Si el incidente que causó los daños se produjo a lo largo de un tiempo, indique la fecha/hora de inicio y la fecha/hora de término.
 9. Washington, Island, Sin ciudad, En carretera del condado
 10. Patmore Road Eastbound cerca de la intersección con Keystone Road
 11. Condado de Island, Obras Públicas, División de Carreteras
 12. Smith, Thomas Arthur, 1234 College Way NW, Apt 56, Seattle, WA 98178 (360) 456-3456; Conductor de grúa, Simmons Towing
 13. Desconocido
 14. Enumere todos los demás testigos que tengan conocimiento del incidente en cuestión, con sus nombres, direcciones y números de teléfono que no figuren en los puntos 12 y 13. Incluya también una descripción de lo que saben. Por ejemplo, si su hermana estaba con usted cuando se produjo el presunto incidente, incluya su nombre, dirección, número de teléfono e indique que fue testigo del incidente.
 15. Describa el incidente que provocó las lesiones o daños y responda específicamente las preguntas quién, qué, dónde, cuándo y por qué.
 16. Si informó de este incidente a la policía o al personal de seguridad o de vigilancia, entregue una copia del informe o la información de contacto de la persona con la que habló.
 17. Indique el nombre, la dirección, la información de contacto y el tipo de tratamiento de todos los proveedores médicos que lo atendieron. Si recibió tratamiento por lesiones corporales, incluya sus expedientes médicos y facturas.
 18. Adjunte cualquier otro documento que respalde su reclamación.
 19. Indique la cantidad en dólares de los daños sufridos, incluyendo la pérdida de tiempo, costos médicos, pérdidas por daños materiales, etc. Esta cantidad debe representar su opinión sobre la indemnización total.
- Si presenta una reclamación por lesiones corporales, firme y adjunte el formulario de autorización para revelar información médica protegida (PHI).
- Si su reclamación se refiere a un accidente de automóvil, complete, firme y adjunte el formulario de colisión de vehículos.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ESTÁNDAR POR DAÑOS Y PERJUICIOS (Condado de Island)

Conforme a los Capítulos 4.92 y 4.96 del RCW, este formulario es para presentar una reclamación por daños y perjuicios contra el condado de Island, sus funcionarios, empleados o voluntarios. Parte de la información que se pide en este formulario la exige el RCW 4.96.020 y puede estar sujeta a revelación pública.

ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EN TINTA

Envíe la reclamación a: Island County
Risk Management
Administration Building (Old County Courthouse)
1 NE 7th Street, Room 211
Coupeville, WA 98239
Correo electrónico:
RiskManagement@islandcountywa.gov

Horario de atención: Lun – Vie, 8:00 a. m. – 4:30 p. m.
Cerrado los fines de semana y días festivos oficiales del condado.

Solo para uso oficial

N.º

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

- Nombre del reclamante: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
- Dirección de casa actual: _____
- Dirección postal (si es diferente): _____
- Dirección de casa en el momento del incidente (si es diferente a la actual): _____
- Teléfono de contacto en el día del reclamante: _____
Casa Oficina
- Dirección de correo electrónico del reclamante: _____

INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

- Fecha del incidente: _____ Hora: _____ ☐ a. m. ☐ p. m. (marque una opción)
(mm/dd/aaaa)
- Si el incidente se produjo a lo largo de un tiempo, la fecha de inicio y la fecha de término:
desde _____ Hora: _____ ☐ a. m. ☐ p. m. (marque una opción) hasta _____ Hora: _____ ☐ a. m. ☐ p. m. (marque una opción)
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
- Ubicación del incidente: _____
Estado y condado Ciudad, si corresponde Lugar donde ocurrió el incidente

10. Si el incidente ocurrió en una calle o carretera:

Nombre de la calle o carretera	Número de hito (milla)	En la intersección con la calle más cercana
--------------------------------	------------------------	---

11. Agencia o departamento del condado presuntamente responsable de los daños/lesiones:

12. Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas o testigos de este incidente:

13. Nombres, direcciones y números de teléfono de todos los empleados, funcionarios o voluntarios del condado que tengan conocimiento de este incidente:

14. Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas no identificadas en los puntos 12 y 13 arriba que tengan conocimiento de las cuestiones de responsabilidad civil implicadas en este incidente, o conocimiento de los daños resultantes para el reclamante. Incluya una breve descripción de la naturaleza y el alcance del conocimiento de cada persona. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

15. Describa la causa de las lesiones o daños. Explique el alcance de la pérdida de bienes o de las lesiones médicas, físicas o mentales. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

16. ¿Se ha informado de este incidente a la policía del orden o al personal de seguridad o vigilancia? Si es así, ¿cuándo y a quién?

17. Nombres, direcciones y números de teléfono de los proveedores médicos tratantes. Adjunte copias de todos los informes médicos y facturas.

18. Adjunte documentos que respalden las acusaciones de esta reclamación.

19. Reclamo daños y perjuicios al condado de Island por la suma de \$_____.

Este formulario de reclamación debe estar firmado por el reclamante, por una persona que posea un poder escrito del reclamante, por el apoderado del reclamante, por un abogado habilitado para ejercer en el estado de Washington en nombre del reclamante, o por un tutor o tutor ad litem aprobado por el tribunal en nombre del reclamante.

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de Washington que lo anterior es cierto y correcto.

Firma del reclamante

Fecha y lugar (dirección de casa, ciudad y condado)

SOLO PARA RECLAMACIONES POR LESIONES CORPORALES
Autorización para revelar información médica protegida (PHI) a la
División de Gestión de Riesgos (Risk Management Division) del
condado de Island

Nombre: _____
(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre o segundo nombre)

Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Por la presente, autorizo que se revele mi información médica protegida a la División de Gestión de Riesgos del condado de Island, con el propósito de procesar mi reclamación por daños presentada ante el condado de Island.

Entiendo que, si firmo este documento, autorizo que se revele la siguiente información:

Expediente médico completo de todos los servicios, incluyendo historial y exámenes físicos; notas de progreso; informes de radiografías; ingresos de pacientes hospitalizados; notas operativas; fisioterapia o terapia de otro tipo; informes de laboratorio y otras pruebas; órdenes de médicos y asistentes médicos; notas de enfermería; y todos los demás registros y referencias designados por el proveedor como parte de su expediente médico.

Resultados de la prueba del VIH e información médica relacionada con la prueba o el tratamiento del VIH.

Registros psiquiátricos, mentales y de salud conductual, incluyendo notas de tratamiento, evaluaciones, documentos y resultados de pruebas y expedientes médicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de salud mental

Registros de evaluación, pruebas, derivación o tratamiento relacionados con el consumo de alcohol

Todos los demás registros de evaluación o tratamiento de dependencia química

Recetas e informes farmacéuticos

Todas las cartas y memorandos recibidos o enviados, incluyendo correos electrónicos, que hagan referencia a mi tratamiento; información relacionada con presuntas agresiones sexuales o enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los resultados de las pruebas

Información sobre visitas a centros de urgencias, ambulatorios u otras clínicas

Información ginecológica u obstétrica

Todos los registros de cliente generados para programas gubernamentales de los que soy cliente o por esos mismos programas. Identifique los programas y la agencia: _____

Registros financieros relacionados con mi atención y tratamiento

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

Iniciales Entiendo que mis registros están protegidos por las reglamentaciones de HIPAA/PHI (ley federal) y la Washington State Health Care Information Act (Ley de información sobre atención médica del estado de Washington) (RCW 70.02).

Iniciales Entiendo que mi información médica puede estar sujeta a ser revelada nuevamente por el condado de Island y no protegida para fines de evaluar e investigar la reclamación que he presentado ante el condado de Island.

Iniciales Entiendo que la información específica que se va a revelar en mi expediente médico puede incluir información con respecto al consumo de alcohol, drogas u otras sustancias controladas, remisiones a orientación o una historia de pruebas o tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Iniciales Entiendo que, para revocar esta autorización en cualquier momento, puedo avisar al condado de Island por escrito, y que la revocación entrará en vigor a partir de la fecha en que el condado de Island la reciba. Cualquier expediente obtenido conforme a esta autorización para revelar PHI antes de la revocación se considerará autorizado por mí para ser revelado.

Iniciales Entiendo que esta autorización para revelar PHI vencerá a los 90 días de la fecha en que la firme. También puedo autorizar un plazo diferente para que esta revelación sea válida. Esta autorización es válida hasta que el condado de Island resuelva o cierre mi reclamación.

Una fotocopia de esta autorización tiene la misma autoridad que el original para fines de revelar mis expedientes al condado de Island.

Firma de la persona que autoriza:

Fecha de la firma: _____

Número de teléfono: _____

Testigo (cuando el paciente es mayor de 13 años y firma la autorización):

Cuando la persona que firma no es la persona de los expedientes:

Estoy autorizado para firmar esto porque son (adjunte la prueba de autoridad):

- ☐ Padre/madre de un menor de edad
- ☐ Tutor legal
- ☐ Representante personal
- ☐ Otro

Para el proveedor o custodio de los expedientes:

Envíe copias legibles de todos los expedientes a:

Island County
Risk Management
Island County Administration Building, Room 211
1 NE 7th St.
P.O. Box 5000
Coupeville, WA 98239

FORMULARIO DE COLISIÓN DE VEHÍCULOS

ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EN TINTA

Adjunte este formulario a su formulario de reclamación estándar por daños y perjuicios si la reclamación implica una colisión de vehículos.

	NOMBRE DEL RECLAMANTE (DEBE COMPLETARSE UN FORMULARIO DISTINTO PARA CADA RECLAMANTE)				FECHA DEL ACCIDENTE (mm/dd/aaaa)		HORA A. M. P. M.				
	DIRECCIÓN ACTUAL (CASA)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TÉLFONO CASA TRABAJO			
	(CASA) DIRECCIÓN SEIS MESES ANTES DEL ACCIDENTE			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO			
	Estado//Condado/Ciudad (si corresponde) donde ocurrió CALLE O CARRETERA N.º DE HITO (MILLA) INTERSECCIÓN O CALLE/CARRETERA MÁS CERCANA										
	AÑO	MARCA	MODELO	N.º DE MATRÍCULA	¿DÓNDE PUEDE VERSE EL AUTO?		¿CUÁNDO?				
	NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO			DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO					
	NOMBRE DEL CONDUCTOR			DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO					
	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR			ESTADO DE EMISIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO					
	DESCRIBA LOS DAÑOS				CÁLCULO \$	SU COMPAÑÍA DE SEGUROS Y N.º DE PÓLIZA					
	AÑO	MARCA	MODELO	N.º DE MATRÍCULA	AGENCIA ESTATAL, SI SE CONOCE						
	NOMBRE DEL PROPIETARIO			DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO					
	NOMBRE DEL CONDUCTOR			DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO					
	DESCRIBA LOS DAÑOS						CÁLCULO \$				
	¿SE DAÑARON OTROS BIENES (NO EL VEHÍCULO)? SI ES ASÍ, DESCRIBA QUÉ TIPO DE BIENES RESULTÓ DAÑADO.										
	NOMBRE DEL PROPIETARIO			DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO					
	DESCRIBA LOS DAÑOS						CÁLCULO \$				
	NOMBRE	DIRECCIÓN			TELÉFONO	LESIÓN	EDAD VEH. 1	VEH 2	VEH 3	PEATÓN	OTRO
	CASA TRABAJO										
	CASA TRABAJO										
	CASA TRABAJO										
	CASA TRABAJO										
	CASA TRABAJO										
	CASA TRABAJO										
	NOMBRE (ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)			DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO					
	CASA TRABAJO										
	CASA TRABAJO										
	CASA TRABAJO										

COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN

Describa la conducta y las circunstancias que causaron la lesión o los daños y explique el alcance de las lesiones médicas, físicas o mentales. Identifique el nombre, la dirección y el número de teléfono de los médicos tratantes y otros proveedores médicos. Adjunte cálculos de daños materiales o todas las facturas médicas en apoyo de su reclamación. Si es necesario, adjunte páginas adicionales con información en este formato.

Carretera recta
Curva - D o I
Nivel

La cima de una colina
Cuesta arriba
Cuesta abajo

Un carril
Carril y medio
Dos carriles o cuatro carriles

CONDICIONES DE LUZ (MARQUE UNA OPCIÓN)		CONTROL DE TRÁNSITO		TIPO DE CARRETERA (MARQUE UNA O MÁS OPCIONES)		CONDICIÓN DEL VEHÍCULO (MARQUE UNA O MÁS OPCIONES)		SUPERFICIE DE LA CARRETERA (MARQUE UNA OPCIÓN)		CLIMA (MARQUE UNA OPCIÓN)	
1	LUZ DE DÍA	VEHÍCULO N.º 1 N.º 2		VEHÍCULO N.º 1 N.º 2		VEHÍCULO N.º 1 N.º 2		VEHÍCULO N.º 1 N.º 2			
2	AMANECER	1	SEÑALES	1	UN SENTIDO	1	FRENOS DEFECTUOSOS	1	SECA	1	DESPEJADO, NUBOSO Y CUBIERTO
3	ATARDECER	2	SEÑAL DE PARE	2	DOBLE SENTIDO	2	LUCES DELANTERAS DEFECTUOSAS	2	HÚMEDA	2	LLOVIENDO
4	OSCURO, LUCES DE CALLE ENCENDIDAS	3	ROJO	3	VÍA REVERSIBLE	3	LUCES TRASERAS DEFECTUOSAS	3	NIEVE	3	NEVANDO
5	OSCURO, LUCES DE CALLE APAGADAS	4	ÁMBAR	4	RAMPA DE TRAMO DE INTERCAMBIO	4	NEUMÁTICOS DESGASTADOS	4	HIELO	4	NEBLINA
6	OSCURO, SIN LUZ DE CALLE	5	SEÑAL DE LÍNEA DE TREN	5	CALLEJÓN	5	NEUMÁTICOS PINCHADOS O REVENTADOS	5	OTRO (ESPECIFIQUE)	5	OTRO (ESPECIFIQUE)
7	OTRO (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/>	OFICIAL/BANDERERO	6	CARRILES DE DOBLE SENTIDO DE GIRO A LA IZQUIERDA	6	OTRO (ESPECIFIQUE)	NOMBRE DE LA AGENCIA DE POLICÍA QUE HACE LA INVESTIGACIÓN: N.º DEL INFORME DE LA AGENCIA QUE HACE LA INVESTIGACIÓN:			
		7	SEÑAL DE CEDA EL PASO	1	SEPARADA						
		8	<input type="checkbox"/> SIN CONTROL DE TRÁNSITO	2	DIVIDIDA						
		9	OTRO	3	NO DIVIDIDA						