



(13) ¿Tiene el solicitante cobertura de otro seguro médico? Sí No

(14) Si la respuesta a la pregunta 13 es **SÍ**, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de la aseguradora médica del solicitante y el número de suscripción o afiliación usado para presentar reclamos en nombre del solicitante:

Presente documentación de todas las demás fuentes actuales de cobertura médica o reembolso relacionadas con otros seguros médicos.

(15) Indique el nombre, el número de teléfono y la relación con el solicitante de toda persona autorizada a obtener y presentar información en nombre del solicitante:

(16) Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de cada proveedor que presta servicios de atención médica al solicitante, **en la última página de este formulario**. Si presentó esta información como (a) parte de la solicitud o inscripción en otro programa de atención médica o (b) como parte de una demanda por negligencia médica y la información sigue vigente, puede presentar una copia del formulario de solicitud o inscripción anterior o la parte pertinente de dicho formulario para cumplir este requisito.

(17) Para completar su solicitud, presente los siguientes documentos:

- ✓ Copia certificada de la sentencia o acuerdo judicial por el que se declare o considere que el solicitante ha sufrido una lesión neurológica relacionada de nacimiento a partir del 1 de abril de 2011, incluyendo todos los documentos o pruebas documentales a los que se haga referencia en la sentencia o acuerdo.
- ✓ Formulario de autorización de revelación y uso de información médica
- ✓ Un resumen del médico tratante sobre la naturaleza específica y el grado de la lesión o lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento del solicitante, incluyendo los diagnósticos y el impacto en las actividades de la vida diaria y las actividades fundamentales de la vida diaria del solicitante, por ejemplo: una copia del plan de atención a largo plazo, etc.
- ✓ En caso de que designe a un representante autorizado o a un abogado para interactuar con el Fondo, presente una copia de dicho acuerdo.



Si presenta este formulario en nombre del solicitante, marque la casilla que corresponda a la descripción de su relación con el solicitante.

Padre/madre Tutor ad litem Demandado en acción por negligencia Tutor Abogado

Nombre, dirección y número de teléfono del padre/madre u otra persona legalmente autorizada para presentar la solicitud en nombre del solicitante:

Firma del padre/madre u otra persona legalmente autorizada para presentar la solicitud en nombre del solicitante

Fecha

Lista de los proveedores de atención médica actuales del solicitante:

Nombre	Dirección	Teléfono	Especialidad
--------	-----------	----------	--------------

