

NICK C. NICHOLS, P.C. ++
RANDALL O. SORRELS, P.C.*+
BENNY AGOSTO, JR, P.C.*
MUHAMMAD S. AZIZ, P.C.*
BRANT J. STOGNER, P.C.*

IMRANA MANZANARES, R.N., J.D.
KELLY M. VIKTORIN
MICHELLE A. RICE
JONATHAN D. SNEED
CIRO J. SAMPERI
JENNIFER O'BRIEN STOGNER**
ANGELINA WIKE
LENA B. LAURENZO
ALEXANDRA L. FARIAS-SORRELS**
KARL P. LONG
JASON F. MURIBY

LAW OFFICES
**ABRAHAM, WATKINS, NICHOLS,
SORRELS, AGOSTO, AZIZ & STOGNER**

800 COMMERCE STREET
HOUSTON, TEXAS 77002-1776
(713) 222-7211
FAX (713) 225-0827
1-800-870-9584
www.abrahamwatkins.com

FRANK T. ABRAHAM
(1924-2004)

W. W. WATKINS
(1920-1987)

*BOARD CERTIFIED: PERSONAL INJURY TRIAL LAW
TEXAS BOARD OF LEGAL SPECIALIZATION

**OF COUNSEL

+BOARD CERTIFIED: CIVIL TRIAL LAW
TEXAS BOARD OF LEGAL SPECIALIZATION

++RETIRED PARTNER

13 de febrero de 2020

RE: *Litigios de la empresa Intercontinental Terminals – Actualización*

Estimados Clientes,

Espero que esta carta le encuentre bien. Estamos escribiendo para actualizarle sobre el estado del litigio en curso de la Compañía de Terminales Intercontinentales al 13 de febrero de 2020.

Según nuestra última actualización, presentamos una Moción para devolver el caso al Tribunal del Estado; sin embargo, el juez no ha firmado la orden. El 21 de febrero de 2020 se realizará otra audiencia en la Corte Federal para analizar una orden de programación para comenzar a tomar declaraciones orales de los representantes del ITC.

Estamos extendiendo la fecha límite para completar la Hoja informativa hasta el 13 de marzo de 2020. Para avanzar y para que el ITC evalúe adecuadamente su reclamo, **DEBE** completar y devolver la Hoja informativa. Envíenos por correo electrónico, fax o correo electrónico su hoja informativa lo antes posible.

Adjunto con esta carta, por favor encuentre una copia de la Hoja Informativa del Demandante Individual de la ITC. Por favor, ignore si ya ha somitado su hoja informativa.

Por favor, no dude en llamarme a mí o a mis asistentes legales, Tina o Diana, con cualquier pregunta o comentario que pueda tener. También puede enviar un correo electrónico a nuestra empresa en itclawsuit@awtxlaw.com.

Sinceramente,



Benny Agosto, Jr.

BAJ/dz

I. INFORMACIÓN PERSONAL

A. Nombre:

Primer Nombre Seg. Nombre o Inicial Apellido

B. El apellido de soltera u otros nombres utilizados por el demandante o por los que se haya conocido al demandante y las fechas en que se hayan utilizado tales nombres:

C. Número del Seguro Social (Sujeto a Orden de Protección): _____

D. Fecha de Nac.: _____

E. Sexo: Masculino_____ Femenino_____

F. ¿Está el demandante actualmente casado/a? Si___No___

Nombre del esposo/a: _____

¿Es el esposo/a del demandante un demandante nombrado en algún litigio relacionado con el Incendio en Deer Park? Si-----No_____

G. ¿Tiene hijos el demandante? Si_____No_____

¿Son los hijos del demandante demandantes nombrados en algún litigio relacionado con el Incendio en Deer Park?

Si___No___

H. Dirección física actual, incluido el código postal, donde reside el demandante:

Ciudad Estado Código Postal

I. Dirección física, incluido el código postal, donde residía el demandante el 17 de marzo de 2019:

Ciudad Estado Código Postal

SOLAMENTE CONTESTE LAS SECCIONES J Y K SI ESTÁ HACIENDO UN RECLAMO POR SALARIOS PERDIDOS COMO RESULTADO DEL INCENDIO EN DEER PARK

J. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que alcanzó el demandante?

¿Título de posgrado, doctorado o título profesional? Si___No___

¿Título de grado o licenciatura? Si___No___

¿Grado de asociado? Si___No___

¿Diploma de escuela secundaria o GED? Si___No___

Escriba una lista con todos los títulos, año de obtención e institución otorgante:

Título: _____

Año de obtención: _____

Institución: _____

Título: _____

Año de obtención: _____

Institución: _____

K. La ocupación del demandante y el nombre y la dirección de cada uno de los empleadores del demandante durante los cinco (5) años anteriores al 17 de marzo de 2019.

Ocupación: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Fechas del empleo: _____

Ocupación: _____

Nombre y dirección del empleador:

Fechas del empleo: _____

Ocupación: _____

Nombre y dirección del empleador:

Fechas del empleo: _____

Ocupación: _____

Nombre y dirección del empleador:

Fechas del empleo: _____

[Adjunte hojas adicionales de ser necesario]

L. ¿Ha estado el demandante sin empleo por motivos de salud durante 30 días consecutivos o más dentro de los cinco (5) años anteriores? Si la respuesta es Si, por favor indique lo siguiente para cada uno de tales períodos:

1. Primera y última fecha del período de desempleo: _____

2. Motivo del desempleo: _____

M. ¿Ha sido el demandante condenado por un delito relacionado con deshonestidad o declaración falsa en los últimos diez (10) años? Si _____ No _____

Si la respuesta es Si:

1. ¿De qué delito se lo acusó? _____

2. ¿Cuál fue el número de caso? _____

3. ¿En qué tribunal se dictó la sentencia en su contra? _____

En los últimos cinco (5) años, ¿ha iniciado el demandante un juicio o presentado una demanda que no sea la del juicio actual? Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, indique la naturaleza del litigio junto con el tribunal en donde se inició tal acción, el número de acción civil o caso asignado a cada juicio y el abogado representante:

II. INFORMACIÓN SOBRE EL CASO

Proporcione la siguiente información en relación con la acción civil iniciada por el demandante:

A. Identifique el número de acción civil para el caso relacionado con el Incendio en Deer Park en donde usted es demandante:

B. Identifique la/s persona/s que residen con el demandante que también sean partes en cualquier litigio relacionado con el Incendio en Deer Park, que incluya los datos completos del caso, el número de acción civil y el tribunal donde la parte o partes entablaron su demanda:

C. Si está completando esta Hoja Informativa en carácter de representante (ej.: en representación de la sucesión de un fallecido o un menor), por favor complete lo siguiente:

Nombre del representante

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

En qué carácter representa al demandante:

Si fue designado por el Tribunal:

Tribunal Fecha de designación

La relación del representante con la persona fallecida o representada:

Si el demandante está fallecido, la fecha de su fallecimiento:

D. Por favor identifique a la/s persona/s que lo ayudaron a completar esta Hoja Informativa:

III. INFORMACIÓN DE LA DEMANDA

A. ¿Sostiene el demandante haber sufrido alguna lesión física o efecto adverso sobre su salud como resultado del Incendio en Deer Park?

Si _____ No _____

Si la respuesta a la pregunta de arriba es "**Si**", por favor complete el **Anexo A, Daños personales: Lesiones Físicas o Efectos Adversos sobre la Salud**, que se adjunta a esta Hoja Informativa.

B. ¿Sostiene el demandante haber sufrido algún daño psicológico o emocional como resultado del Incendio en Deer Park?

Si _____ No _____

Si la respuesta a la pregunta de arriba es "**Si**", por favor complete el **Anexo B, Daños personales: Daños psicológicos o emocionales**, que se adjunta a esta Hoja Informativa.

C. ¿Sostiene el demandante haber sufrido daños sobre algún bien inmueble o mueble como resultado del Incendio en Deer Park?

Si _____ No _____

1. Si la respuesta es Si, indique la naturaleza de cada instancia y el tipo de daño patrimonial que afirma haber sufrido:

2. Indique la ubicación de todos los bienes inmuebles y/o muebles que el demandante sostiene que han sufrido daños como consecuencia del Incendio en Deer Park, incluida las direcciones física y postal completas y el código postal:

3. Para cada instancia o tipo de daño que usted sostiene haber sufrido sobre un bien inmueble identifique:
 - a. El nombre y dirección de toda persona, distinta al demandante, que posea un derecho sobre el inmueble:

 - b. la fecha cuando usted adquirió su derecho sobre el inmueble:

4. Para cada instancia o tipo de daño que usted sostiene haber sufrido sobre un bien inmueble, describa la naturaleza específica del daño sufrido sobre el inmueble, lo que incluye:
 - a. cualquier daño físico sufrido:

 - b. las fechas en que ocurrieron tales daños sobre el inmueble:

 - c. la fecha en que tomó conocimiento de tal daño sobre el inmueble:

5. Para cada instancia o tipo de daño que usted sostiene haber sufrido sobre un bien mueble, identifique:
 - a. el tipo de bien mueble:

b. el fabricante y modelo:

c. la antigüedad aproximada del bien mueble:

d. la fecha aproximada cuando adquirió por primera vez o utilizó el bien mueble:

e. el estado (nuevo o usado) del bien mueble cuando se compró o adquirió:

6. Para cada instancia o tipo de daño sobre un bien inmueble o mueble, describa las cotizaciones, evaluaciones o trabajos realizados por terceros para calcular los posibles daños sobre el bien inmueble o mueble, incluida la identidad de esos terceros y cuánto pagó usted a ese tercero por su servicio:

7. Describa la naturaleza y el costo de cualquier reparación sobre un bien inmueble o mueble que usted afirma que se hizo para remediar el daño resultante del Incendio en Deer Park:

D. ¿Sostiene el demandante haber sufrido interferencia en el uso y goce de alguno de sus bienes, molestias o inconveniencias como resultado del Incendio en Deer Park?

Si ____ No ____

1. Si la respuesta es Si, indique la naturaleza de cada instancia y el tipo de tales efectos que usted sostiene haber sufrido:

2. Describa cualquier cambio en su conducta, estilo de vida o rutina diaria que usted sostiene que ha sido causado por el Incendio en Deer Park:

E. ¿Sostiene el demandante haber sufrido daños financieros (incluidos gastos de su bolsa o pérdida de salarios) como resultado del Incendio en Deer Park?

Si _____ No _____

1. Si la respuesta es Si, indique la naturaleza de cada instancia, el tipo y el monto de la pérdida financiera que usted sostiene haber sufrido:

2. Para cada gasto de de su bolsa que el demandante reclame, identifique:

a. la fecha en que se incurrió en el gasto:

b. el monto del gasto:

c. una descripción de la naturaleza de los bienes o servicios que tuvo que pagar:

d. el tipo de registros que mantuvo:

3. Para cada período de salarios perdidos que el demandante reclame, identifique:

a. el período durante el cual el demandante no pudo trabajar como resultado del Incendio en Deer Park:

b. el motivo específico por el que el demandante no pudo trabajar:

c. las comunicaciones que describan o respalden el motivo por el que el demandante no pudo trabajar:

d. el monto de los salarios supuestamente perdidos:

e. el salario o sueldo por hora del demandante durante ese período:

f. la fecha cuando el demandante volvió a trabajar:

IV. TESTIGOS

Complete la información a continuación sobre cualquier persona (no identificada en otro sitio de este cuestionario) que tenga conocimiento o información en relación con sus reclamos en esta causa o, las lesiones que afirma en el presente y/o los hechos o documentos sobre los que intenta basarse para fundamentar sus reclamos en esta causa y/o cualquier moción para certificación de acción colectiva.

<u>Nombre y dirección de la persona</u>	<u>Relación con usted, si es que alguna</u>	<u>Naturaleza del conocimiento o información</u>	<u>Documentos en su poder</u>

[Adjunte hojas adicionales de ser necesario para describir a más personas]

V. CRONOGRAMA/ACTIVIDADES DIARIAS

A. Identifique y describa sus actividades diarias, lo que incluye, sin limitación, qué abarcan aquellas actividades, dónde tuvieron lugar (lugar geográfico y si se desarrollaban adentro o afuera) y cuándo y por cuánto tiempo participó en esas actividades, desde el 17 de marzo hasta el 23 de marzo de 2019:

B. Indique si se vio afectado por una orden de "refugiarse en el lugar" relacionada con el Incendio en Deer Park:

Si_____No_____

Si la respuesta es Si, identifique:

1. dónde se encontraba cuando se emitió la orden:

2. si se refugió en el lugar, por cuánto tiempo tuvo que hacerlo:

C. Indique si usted o alguien a quien represente se vio afectado por un cierre de escuela relacionado con el Incendio en Deer Park:

Si_____No_____

Si la respuesta es Si, identifique:

1. los días en los que ocurrió el impacto:

2. el nombre de la escuela implicada:

VI. DOCUMENTOS Y AUTORIZACIONES

Adjunte a esta declaración los siguientes documentos siempre y cuando tales documentos estén actualmente en su posesión o en posesión de sus abogados.

Si usted sostiene que sufrió como resultado del Incendio en Deer Park (i) cualquier lesión física o efecto adverso sobre su salud, ya sea que buscó o no tratamiento médico; o (ii) cualquier estrés emocional u otro impacto emocional o psicológico respecto del cual usted buscó o pueda buscar tratamiento médico o psicológico, por favor proporcione lo siguiente:

- A. Autorizaciones **ORIGINALES FIRMADAS** para la divulgación de registros en la forma anexa a este documento para cada médico, hospital, proveedor de atención médica, farmacia, proveedor de seguro médico y otra fuente de información identificada en esta Hoja Informativa. Tales autorizaciones estarán limitadas al período de tiempo desde cinco (5) años antes del 17 de marzo de 2019 hasta el presente.
- B. Una copia de los registros de salud de cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica, que le haya tratado la enfermedad, condición o síntoma que usted afirma que está relacionado con el Incendio en Deer Park o que sostiene que fue causado por el Incendio en Deer Park, lo que incluye, sin limitación, todas las facturaciones, correspondencia, informes de laboratorio y de cultivos, otros informes, historial quirúrgico, radiografías y todas las recetas médicas relacionadas.
- C. Siempre y cuando estén actualmente en posesión del Demandante y no se encuentren incluidos en la información precedente, todos los registros que se relacionen con un examen realizado por un médico, profesional de salud mental u otro proveedor de atención médica, correspondientes al período de tiempo desde cinco (5) años antes del 17 de marzo de 2019.
- D. Si usted afirma haber sufrido daños psicológicos o emocionales como resultado del Incendio en Deer Park, cualquier documento que se refiera o relacione con su salud emocional y/o psicológica, lo que incluye, sin limitación, cualquier ansiedad, preocupación o estrés emocional que crea haber experimentado en relación con las lesiones que sostiene en su demanda.
- E. Si usted sostiene haber incurrido en pérdidas debido a gastos médicos, adjunte copias de todas las facturas u otros documentos que se refieran, relacionen o reflejen su tratamiento y cuidado médicos y/o cualquier otro daño que usted sostenga haber sufrido en conexión con esta acción, lo que incluye, sin limitación, facturas de los médicos y del hospital, facturas de medicamentos recetados, equipos médicos, servicios de enfermería, terapia y asesoramiento y otra ayuda utilizada.
- F. Por favor presente todas las comunicaciones que usted (o un representante en su nombre) haya mantenido y/o mantenga con Medicaid, los Centros de Servicios de

Medicare y Medicaid, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y/o el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en relación con pagos efectuados por Medicaid, el monto que pueda adeudarse a Medicaid o las lesiones que esté reclamando en este juicio.

Si usted sostiene que sufrió interferencia en el uso y goce de alguno de sus bienes, molestias o inconveniencias como resultado del Incendio en Deer Park, por favor proporcione lo siguiente:

- G. Todo documento que respalde o refute cualquier afirmación de que usted sufrió interferencia en el uso y goce de alguno de sus bienes, molestias o inconveniencias como resultado del Incendio en Deer Park.

Si usted sostiene pérdida de salarios como resultado del Incendio en Deer Park, por favor proporcione lo siguiente:

- H. Todo documento que respalde o refute cualquier afirmación de que usted sufrió pérdida de salarios como resultado del Incendio en Deer Park, lo que incluye, horarios de trabajo, talones de pago, acuerdos de empleo y otras comunicaciones en relación con su trabajo o la incapacidad de trabajar, correspondientes al período de un año antes del 17 de marzo de 2019 y al período después del 17 de marzo de 2019, respecto del cual sostenga haber perdido salarios.
- I. Si usted reclama salarios perdidos, Firme y devuelva con sus respuestas a esta presentación, la autorización adjunta para divulgar documentos de empleo.

Si usted afirma que sufrió daños sobre un bien inmueble o mueble como resultado del Incendio de Deer Park, por favor proporcione lo siguiente:

- J. Todo documento que respalde o refute cualquier afirmación de que usted sufrió daños sobre un bien inmueble o mueble como resultado del Incendio en Deer Park.
- K. Todo documento que indique reparaciones, reemplazos o gastos de su bolsa que usted sostenga que se relacionan con daños sobre un bien inmueble o mueble como resultado del Incendio en Deer Park.

PARA TODOS LOS DEMANDANTES

- L. Todo documento que refleje cualquier comunicación (ya sea escrita u oral) entre usted o una persona en su nombre e Intercontinental Terminals Company LLC o sus funcionarios y empleados, Mitsui & Co. (U.S.A.), Inc. o sus funcionarios o empleados, Alice Richardson, Bernt Netland o cualquier otro demandado en esta causa, lo que incluye, sin limitación, cualquier nota, correspondencia, grabación de tales comunicaciones.
- M. Todo documento que refleje cualquier comunicación (ya sea escrita u oral) entre usted o una persona en su nombre y una agencia o autoridad medioambiental o de

salud, local, estatal o federal, en relación con el Incendio en Deer Park y cualquier asunto relacionado, lo que incluye, sin limitación, cualquier nota, correspondencia o grabación de tales comunicaciones.

- N. Todo documento que refleje cualquier muestra, prueba, estudio u otra investigación del agua o aire en su residencia, negocio o lugar de empleo y sus alrededores después del Incendio en Deer Park, lo que incluye, los resultados de tales actividades.

Anexo A
Daños personales: Lesiones Físicas o Efectos Adversos sobre la Salud
(PARA DEMANDANTES INDIVIDUALES)

Las preguntas a continuación deben responderse si el demandante sostiene haber sufrido alguna lesión física o efecto adverso sobre su salud como resultado del Incendio en Deer Park.

A. Indique la naturaleza de cada instancia y el tipo de lesión o lesiones que afirma haber sufrido:

B. Para cada instancia o tipo de lesión física o efecto adverso sobre la salud, indique la/s fecha/s cuando se manifestaron por primera vez los síntomas de tales condiciones médicas y describa los síntoma/s experimentado/s por el demandante al comienzo de cada condición y cómo variaron esos síntomas durante el desarrollo de tal condición.

C. Para cada instancia o tipo de lesión física o efecto adverso sobre la salud, identifique el nombre y dirección del proveedor de atención médica que el demandante contactó en primer lugar para tratar la supuesta lesión física o el supuesto efecto adverso sobre su salud y la fecha y hora de cualquier contacto mantenido:

D. Para cada instancia o tipo de lesión física o efecto adverso sobre la salud, describa el tratamiento médico que recibió el demandante para la supuesta lesión física o efecto adverso sobre su salud, lo que incluye el tipo de tratamiento recibido, la/s fecha/s en que el demandante recibió tal tratamiento y los nombre/s y dirección/es de los proveedor/es que proporcionaron tal tratamiento:

E. Para los gastos médicos ya incurridos, indique la suma total de los gastos médicos incurridos, desglosados por proveedor:

- F. Para los gastos médicos incurridos, indique el monto de gastos ya pagados e identifique la persona o entidad, de ser el caso, que pagó tales gastos, lo que incluye, sin limitación, cualquier pago efectuado por una aseguradora, a través de Medicare o Medicaid, o como resultado de un reclamo de indemnización laboral o del seguro social.

Monto pagado

Nombre

Dirección

- G. Para cada instancia o tipo de lesión física o efecto adverso sobre la salud, indique el tiempo en que continuó tal lesión y si el demandante está actualmente recibiendo tratamiento por tal lesión:

- H. Para cada instancia o tipo de lesión física o efecto adverso sobre la salud, indique si perdió tiempo de trabajo como resultado de tal lesión, cuándo ocurrió ese período de ausencia, cuánto tiempo de trabajo perdió y si se efectuaron deducciones de su pago como resultado de tal tiempo perdido:

HISTORIAL MÉDICO PREVIO:

- A. Si usted se sometió a un procedimiento quirúrgico en los 5 años anteriores al Incendio en Deer Park, indique la naturaleza del procedimiento, la fecha aproximada en que tuvo lugar, el médico que practicó el procedimiento y la instalación médica donde se llevó a cabo:

- B. Si estuvo internado en un hospital o en otra instalación médica en algún momento en los 5 años anteriores al Incendio en Deer Park, indique la razón de la hospitalización o internación, la/s fecha/s de la hospitalización o internación, el médico a cargo de su tratamiento y la instalación médica donde estuvo hospitalizado o internado:

C. Por favor indique si sufre alguna enfermedad crónica o condición médica recurrente relacionada con lo siguiente:

i. Problemas dermatológicos:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, proporcione lo siguiente:

Naturaleza de la/s condicione/s médica/s: _____

Dónde le dieron el diagnóstico: _____

Médico a cargo de tratar la/s condición/es: _____

ii. Afecciones de los senos paranasales:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, proporcione lo siguiente:

Naturaleza de la/s condicione/s médicas: _____

Dónde le dieron el diagnóstico: _____

Médico a cargo de tratar la/s condición/es: _____

iii. Alergias:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, proporcione lo siguiente:

Naturaleza de la/s condicione/s médicas: _____

Dónde le dieron el diagnóstico: _____

Médico a cargo de tratar la/s condición/es: _

iv. Afecciones respiratorias:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, proporcione lo siguiente:

Naturaleza de la/s condicione/s médica/s: _____

Dónde le dieron el diagnóstico: _____

Médico a cargo de tratar la/s condición/es: _____

v. Problemas cardiovasculares:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, proporcione lo siguiente:

Naturaleza de la/s condicione/s médica/s: _____

Dónde le dieron el diagnóstico: _____

Médico a cargo de tratar la/s condicione/s: _____

vi. Problemas neurológicos:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, proporcione lo siguiente:

Naturaleza de la/s condicione/s médica/s: _____

Dónde le dieron el diagnóstico: _____

Médico a cargo de tratar la/s condición/es: _____

vii. Problemas gastrointestinales:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, proporcione lo siguiente:

Naturaleza de la/s condición/es médica/s: _____

Dónde le dieron el diagnóstico: _____

Médico a cargo de tratar la/s condición/es: _____

D. Por favor indique si ha fumado en los últimos cinco (5) años:

Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, indique el tipo de producto usado, durante cuánto tiempo lo usó (en años) y la frecuencia de uso:

INFORMACIÓN ACERCA DE LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

A. Identifique cada uno de los **proveedores de atención médica (lo que incluye, sin limitación, psiquiatras, psicólogos, consejeros, profesionales de salud mental y trabajadores sociales)** que lo hayan visto o tratado en cualquier momento durante los cinco (5) años anteriores a presentar su demanda y hasta la fecha, incluyendo el nombre y dirección del proveedor:

B. Identifique cada **hospital** donde haya recibido tratamiento durante el período comprendido desde cinco (5) años antes de que presente la demanda hasta la fecha:

- C. Cada **farmacia o establecimiento similar** donde le hayan surtido recetas durante el período comprendido desde cinco (5) años antes de la presentación de la demanda hasta la fecha:

COMUNICACIONES CON PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

- A. ¿Algún proveedor de atención médica le ha comunicado al demandante que las lesiones físicas, los efectos adversos sobre la salud o los daños psicológicos o emocionales alegados en esta causa están relacionados con el Incendio en Deer Park o fueron causados por el Incendio en Deer Park?

Si _____ No _____

- B. Si la respuesta es Sí, identifique los proveedor/es con quien haya tenido estas conversaciones y la fecha aproximada de cada una de tales comunicaciones:

Anexo B
Daños personales: Daños psicológicos o emocionales

Las preguntas a continuación deben responderse si el demandante sostiene haber sufrido algún daño psicológico o emocional como resultado del Incendio en Deer Park.

A. Indique la naturaleza de cada instancia y el tipo de daño o daños que afirma haber sufrido:

B. Para cada instancia o tipo de daño psicológico o emocional, indique la/s fecha/s cuando se manifestaron por primera vez los síntomas de tales condiciones médicas y describa los síntoma/s experimentados por el demandante al comienzo de la condición y cómo variaron esos síntomas durante el desarrollo de tal condición.

C. Para cada instancia o tipo de daño psicológico o emocional, identifique el nombre y dirección del proveedor de atención médica que el demandante contactó por primera vez para tratar el supuesto daño psicológico o emocional y la fecha y hora de cualquier contacto mantenido:

D. Para cada instancia o tipo de daño psicológico o emocional, describa el tratamiento médico que recibió el demandante para el supuesto daño psicológico o emocional, lo que incluye el tipo de tratamiento recibido, la/s fecha/s en que el demandante recibió tal tratamiento; y los nombre/s y dirección/es de los proveedor/es de atención médica que proporcionaron tal tratamiento:

E. Para cada instancia o tipo de daño psicológico o emocional, indique el tiempo en que continuó tal daño y si el demandante está actualmente recibiendo tratamiento por tal daño:

- F. Para cada instancia o tipo de daño psicológico o emocional, indique si perdió tiempo de trabajo como resultado de tal daño, cuándo ocurrió ese período de ausencia, cuánto tiempo de trabajo perdió y si se efectuaron deducciones de su pago como resultado de tal tiempo perdido:

VERIFICACIÓN

El abogado abajo firmante, en nombre y representación del Demandante anteriormente mencionado, certifica, después de una diligente investigación y revisión, que la información en esta Hoja Informativa es verdadera y está completa según su leal saber y entender.

Abogado representante del demandante

**EN EL TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS
ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO
SUR DE TEXAS, DIVISIÓN HOUSTON**

<i>EN EL CASO:</i> LITIGIO POR INCENDIO DE	§	Causa Principal Nro.: 4:19-cv-01460
INTERCONTINENTAL TERMINALS	§	
COMPANY LLC EN DEER PARK	§	Causas Relacionadas Nros.:
	§	
	§	4:19-cv-01424; 4:19-cv-01428;
	§	4:19-cv-01430; 4:19-cv-01431;
	§	4:19-cv-01433; 4:19-cv-01434;
	§	4:19-cv-01436; 4:19-cv-01440;
	§	4:19-cv-01443; 4:19-cv-01444;
	§	4:19-cv-01447; 4:19-cv-01450;
	§	4:19-cv-01452; 4:19-cv-01453;
	§	4:19-cv-01457; 4:19-cv-01459;
	§	4:19-cv-01461; 4:19-cv-01708;
	§	4:19-cv-01882; 4:19-cv-01886;
	§	4:19-cv-01887; 4:19-cv-01890;
	§	4:19-cv-02419; 4:19-cv-02425;
	§	4:19-cv-02429; 4:19-cv-02674;
	§	4:19-cv-02775

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por el presente autorizo a todos los poseedores de cualquier información relacionada con el diagnóstico y tratamiento médico de _____ (la "Información Médica") a divulgar dicha Información Médica a Baker Botts L.L.P. y para uso de Baker Botts L.L.P. y cualquiera de sus representantes o personas designadas ("Receptores"). Esta autorización se limita a la Información Médica relacionada con el diagnóstico y tratamiento médico proporcionado desde el 17 de marzo de 2014 a la fecha. A modo de ejemplo, Información Médica incluye, sin limitación, lo siguiente:

Todos los registros de salud, registros de médicos, de cirujanos, radiografías, tomografías axiales computarizadas, resonancias magnéticas nucleares, fotografías y otras radiografías, imágenes de medicina nuclear o de radioterapia; materiales patológicos, cortes histológicos; informes de laboratorio; resúmenes de altas; notas de evolución; interconsultas; prescripciones; historial de abuso de drogas y alcohol; enfermedad mental, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico y registros/notas de las terapias; diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; exámenes físicos e historias clínicas, notas de enfermeros; formularios de ingreso del paciente; correspondencia; registros de trabajadores sociales; registros del seguro; consentimientos para tratamiento; resúmenes de cuenta; facturas; y cualquier otro documento que se relacione con un tratamiento, examen, período de estancia en un hospital u otra institución médica, diagnóstico u otra información en relación con una condición médica física o mental.

Esta autorización NO autoriza a ningún proveedor de atención médica con Información Médica a discutir oralmente la Información Médica con los Receptores. La entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios en función de si se firma esta autorización.

La Información Médica podrá ser divulgada a los Receptores y utilizada por tales Receptores en relación con una acción civil iniciada por mí, por mis familiares o por mis herederos.

Entiendo que la Información Médica es confidencial y que los registros de diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA y los registros de tratamiento por abuso de drogas y alcohol, tienen protección especial de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales y/o estatales. Al firmar esta autorización, acepto la divulgación a los Receptores y el uso por los Receptores de toda la Información Médica, lo que incluye los registros de diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA; los registros de tratamiento por abuso de drogas y alcohol; y los registros psicológicos y/o psiquiátricos de diagnóstico y tratamiento de enfermedad mental. Por el presente lo libero de toda responsabilidad en relación con la divulgación de Información Médica a los Receptores. Entiendo que, salvo indicación en contrario en esta autorización, la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por los Receptores y ya no estar protegida por las leyes y reglamentaciones de privacidad.

Esta autorización es de carácter continuo y tendrá plena validez y efecto hasta que la autorización caduque un año después de firmarse. No obstante lo dicho en la frase inmediatamente anterior, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de su fecha de caducidad notificando por escrito tal revocación a Baker Botts L.L.P., excepto respecto de las medidas que ya se hayan tomado en base a esta autorización.

La Información Médica podrá ser divulgada a los Receptores y utilizada por tales Receptores en relación con una acción civil iniciada por mí, por mis familiares o por mis herederos. Se podrá utilizar una copia de esta autorización en lugar de su original, con la misma validez y efecto.

_____ Firma del Paciente o del Representante del Paciente	_____ Fecha
_____ Nombre del Paciente	
_____ Nombre Anterior/Alias/Nombre de Soltero	
_____ Fecha de Nacimiento del Paciente	
_____ Número del Seguro Social del Paciente	
_____ Dirección del Paciente	
_____ Nombre del Representante del Paciente (si corresponde)	_____ Descripción del Poder para Actuar en nombre del Paciente

**EN EL TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS
ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO
SUR DE TEXAS, DIVISIÓN HOUSTON**

<i>EN EL CASO:</i> LITIGIO POR INCENDIO DE	§	Causa Principal Nro.: 4:19-cv-01460
INTERCONTINENTAL TERMINALS	§	
COMPANY LLC EN DEER PARK	§	Causas Relacionadas Nros:
	§	
	§	4:19-cv-01424; 4:19-cv-01428;
	§	4:19-cv-01430; 4:19-cv-01431;
	§	4:19-cv-01433; 4:19-cv-01434;
	§	4:19-cv-01436; 4:19-cv-01440;
	§	4:19-cv-01443; 4:19-cv-01444;
	§	4:19-cv-01447; 4:19-cv-01450;
	§	4:19-cv-01452; 4:19-cv-01453;
	§	4:19-cv-01457; 4:19-cv-01459;
	§	4:19-cv-01461; 4:19-cv-01708;
	§	4:19-cv-01882; 4:19-cv-01886;
	§	4:19-cv-01887; 4:19-cv-01890;
	§	4:19-cv-02419; 4:19-cv-02425;
	§	4:19-cv-02429; 4:19-cv-02674;
	§	4:19-cv-02775

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE EMPLEO

Yo, _____, por el presente autorizo y permito a cualquier persona, firma o entidad divulgar a Baker Botts L.L.P., 910 Louisiana Street, Houston, Texas 77002, o a su representante autorizado, copias de todos y cada uno de los registros de empleo, lo que incluye, sin limitación, registros personales, registros de beneficios, registros de nómina, registros médicos y registros de indemnizaciones laborales, correspondientes a:

Nombre: _____
Nro. del Seguro Social: _____
Fecha de Nac.: _____

Esta divulgación de los temas listados arriba se autoriza para los fines de un juicio caratulado como se mencionada arriba. El abajo firmante acuerda que una copia de esta autorización tendrá la misma validez y efecto que el original. Cualquier persona, firma o entidad que divulgue asuntos de conformidad con esta autorización queda liberada de cualquier responsabilidad que pudiera de otro modo derivarse de la divulgación de esas cuestiones. Estoy de acuerdo con que esta autorización tendrá validez por un año completo a partir de la fecha en que se firme.

Firma

Fecha

Nombre en imprenta

Nombre Anterior/Alias/Nombre de Soltero

Dirección

Nombre del Representante (si corresponde)

Descripción del Poder para Actuar (si corresponde)