

FORMULARIO VERDE

Conciliación con American Home Products Corporation por la acción colectiva iniciada por consumidores de fármacos dietéticos

- Parte I:** Formulario de Reclamación de Beneficios de Compensación de la Matriz (a ser completado por el Demandante o el Representante del Demandante)
- Parte II:** Formulario de Evaluación del Médico (a ser completado por el Médico)
- Parte III:** Declaración del Abogado del Demandante (a ser completada si a usted lo representa un Abogado)
- Apéndice:** Guía de Beneficios de Compensación de la Matriz conforme a la Conciliación para Médicos, Abogados y Miembros de la Acción Colectiva

No desprenda ni separe los Formularios de Reclamaciones encuadernados.

Para recibir los Beneficios de Compensación de la Matriz, usted debe completar el FORMULARIO AZUL, además del FORMULARIO VERDE.

Parte I — Al (A los) Demandante(s):

1. Debe usar este formulario si cree que tiene derecho a los Beneficios de Compensación de la Matriz conforme al Acuerdo de Conciliación con American Home Products Corporation por la acción colectiva iniciada por consumidores de fármacos dietéticos. Estos Beneficios se describen en forma general en las notificaciones oficiales autorizadas por el Tribunal y en la “Guía de Beneficios de Compensación de la Matriz conforme a la Conciliación para Médicos, Abogados y Miembros de la Acción Colectiva”, que es un Apéndice de este formulario.

Si usted consumió los fármacos dietéticos **Pondimin® (Fenfluramina)** y/o **Redux™ (Dexfenfluramina)** y tiene una afección que usted cree le da derecho a recibir un Beneficio de Compensación de la Matriz, indique su nombre, fecha de nacimiento, Número de Seguro Social y, si lo sabe, el Número de Reclamación que haya recibido del Fideicomiso de Conciliación de AHP.

Si hace esta Reclamación como tutor, albacea, administrador u otro representante legal de una persona viviente o del patrimonio eventorio de una persona fallecida, o como Demandante Derivado, en calidad de cónyuge, hijo/a, dependiente, padre/madre, otro pariente o “pareja” de la persona que consumió los fármacos dietéticos **Pondimin® (“Fenfluramina”)** y/o **Redux™ (“Dexfenfluramina”)** y que tiene (o ha tenido) una afección que usted cree le da derecho a recibir un Beneficio de Compensación de la Matriz, indique el nombre, la fecha de nacimiento y el número de Seguro Social de la persona que consumió los fármacos dietéticos y, si lo sabe, el Número de Reclamación que haya recibido del Fideicomiso de Conciliación de AHP en relación con el Consumidor del Fármaco Dietético.

(Nombre del Consumidor del Fármaco Dietético)

(Segundo nombre) (Apellido)

_____/_____/_____
(Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA)

_____-_____-_____
(Número de Seguro Social)

18300 - _____
(Número de Reclamación, si lo sabe)

Quite la etiqueta del FORMULARIO VERDE del Paquete de Notificación, péguela aquí y complete toda la información de arriba.

Envíe este formulario por correo a:
AHP Settlement Trust
1100 E. Hector Street Suite 450
Conshohocken, PA 19428

Para asistencia, llame al 1-800-386-2070
o ingrese al sitio web <http://www.settlementdietdrugs.com>





4. Si completa este formulario como **Demandante Derivado** (*es decir*, un cónyuge, padre/madre, hijo/a, dependiente, pariente o “pareja” de un Consumidor de un Fármaco Dietético), complete la información siguiente:

a. (NOTA — Se requiere información actualizada y correcta para todos los Demandantes Derivados. Si tiene información sobre más de un Demandante Derivado, marque aquí y luego use una hoja en blanco o una fotocopia de este cuestionario para proporcionar la información sobre cada Demandante Derivado pertinente. Incluya esa hoja con este formulario. Tenga presente que se repartirá un único monto de beneficio conforme a la Matriz A-2 o B-2 [Véase la página 18 del Apéndice] entre todos los Demandantes Derivados elegibles.)

_____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) (Apellido)

_____ (Dirección)

_____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal)

() _____ (Código de área y número de teléfono diurno) _____ (Código de área y número de teléfono nocturno)

_____ (Dirección electrónica, si la hay)

_____/_____/_____ (Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA) _____ (Número de Seguro Social)

b. **Especifique la relación del Demandante Derivado con el Consumidor del Fármaco Dietético.**

- Cónyuge Dependiente, especifique _____
- Padre/Madre Otro pariente, especifique _____
- Hijo/a Pareja, especifique _____

c. Si usted seleccionó “Cónyuge” arriba, ¿cuál es el estado actual de la relación del Demandante Derivado con el Consumidor del Fármaco Dietético?

- Casado Divorciado Separado Viudo

Fecha de casamiento: ____/____/_____
(MM/DD/AAAA)





d. Si el Demandante Derivado es un Cónyuge distanciado actualmente del Consumidor del Fármaco Dietético, indique la fecha de la separación y/o el divorcio.

Fecha: / /
(MM/DD/AAAA)

(Proporcione pruebas de la fecha de separación o divorcio, es decir, el acuerdo de separación o la sentencia de divorcio).

e. Identifique el fundamento en base al cual el Demandante Derivado reclama beneficios “derivados”.

- Pérdida de Consorcio Conyugal/Per Quod (es decir, pérdida de la relación y los servicios conyugales)
- Pérdida de Manutención
- Pérdida de Servicio
- Otra causa, explique: _____

NOTA: Si usted completa este cuestionario como Representante o Demandante Derivado, las preguntas siguientes que emplean el término “Usted” se refieren al “Consumidor del Fármaco Dietético”.

5. Marque el Nivel de Gravedad de la Matriz (véase el Apéndice, páginas 18-22) al que usted cree que tiene derecho:

- Nivel I
- Nivel II
- Nivel III
- Nivel IV
- Nivel V

6. Marque la Matriz (véase el Apéndice, páginas 16-18) a la que usted cree que tiene derecho:

- Matriz A-1 (la Matriz de compensación total)
- Matriz B-1 (la Matriz de compensación reducida)

7. Indique su edad y la fecha en la que se le diagnosticó la afección o en la que experimentó el evento (p. ej., la fecha de la intervención quirúrgica) que usted cree le da derecho al pago al nivel de la Matriz estipulado en la respuesta a la Pregunta núm. 5:

Fecha del diagnóstico/evento: / / Edad en ocasión del diagnóstico/evento: _____
(MM/DD/AAA)

8. A su leal saber y entender, ¿tenía la afección que usted cree le da derecho a recibir el pago al nivel de la Matriz antes de consumir Pondimin® y/o Redux™?

- Sí
- No
- No sé

9. ¿Está representado usted por algún abogado en relación con esta Reclamación?

- Sí
- No

Si usted marcó el casillero marcado “Sí”, pida a su abogado que complete la Declaración del Abogado del Demandante (Parte III, pág. 15 de este FORMULARIO VERDE).

10. Para completar la presentación de su Reclamación, debe proporcionar todos los (a) informes hospitalarios de la historia de ingresos y reconocimientos médicos, (b) informes de cateterismo cardíaco, (c) resúmenes de altas hospitalarias, (d) informes de operaciones o intervenciones quirúrgicas, (e) informes de patología, y (f) el informe escrito y una copia de la cinta de video o disco de los resultados del Ecocardiograma relacionados con la afección por la que usted reclama compensación.





[ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE]





B. Información sobre el Paciente:

Indique el nombre del paciente (Consumidor del Fármaco Dietético) sobre el que usted proporciona la información contenida en este formulario.

_____ (Nombre del Consumidor del Fármaco Dietético) _____ (Segundo nombre) (Apellido)

C. 1. ¿Se le hizo al paciente citado anteriormente un Ecocardiograma que se realizó conforme a las normas y criterios esbozados en Feigenbaum² (1994) o Weyman³ (1994)?

Sí No

2. Si la respuesta a la Pregunta C.1 es “Sí”, indique la fecha en que se realizó el Ecocardiograma.

Fecha: ____/____/_____
(MM/DD/AAAA)

3. Según su revisión de la cinta o el disco del Ecocardiograma, ¿tiene el Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente las afecciones siguientes según las define Singh⁴? (Marque todo lo que corresponda):

- a. Para la regurgitación **mitral**, lo siguiente determinado en cualquier vista apical:
 - Regurgitación mitral leve, definida como (1) ya sea que la relación del área de chorro regurgitante/área atrial izquierda (“RJA/LAA”) es mayor que el 5% o la altura del chorro regurgitante mitral es mayor que 1 cm desde el orificio de la válvula, y (2) la relación RJA/LAA es menor que el 20%.
 - Regurgitación mitral moderada, definida como el área de chorro regurgitante en cualquier vista apical equivalente al 20% del área atrial izquierda o mayor que dicho porcentaje, pero menor que el 40% o equivalente a dicho porcentaje (20%-40% de RJA/LAA).
 - Regurgitación mitral grave, definida como >40% de RJA/LAA.
 - Nada de lo anterior.
- b. Para la regurgitación **aórtica**, lo siguiente determinado en la vista de eje largo parasternal o en la vista de eje largo apical, si no estuviera disponible la vista de eje largo parasternal:
 - Regurgitación aórtica leve, definida como el diámetro de chorro regurgitante equivalente al 10% o mayor que dicho porcentaje, pero menor que el 25% de la altura del tracto de flujo de salida (altura de chorro de 10%-24% [“JH”]/altura del tracto de flujo de salida ventricular izquierdo [“LVOTH”]).
 - Regurgitación aórtica moderada, definida como de 25%-49% de JH/LVOTH.
 - Regurgitación aórtica grave, definida como >49% de JH/LVOTH.
 - Nada de lo anterior.

D. Basándose en su revisión de la cinta o el disco del ecocardiograma (o los resultados de cualquier examen quirúrgico o de cateterismo cardíaco), tiene el Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente alguna de las afecciones siguientes:

- 1. ¿Anormalidades congénitas de la válvula aórtica: válvula aórtica unicúspide, bicúspide o cuadrícúspide; defecto septal ventricular relacionado con la regurgitación aórtica?
 - Sí No
- 2. ¿Diseción aórtica que afecte a la raíz aórtica y/o la válvula aórtica?
 - Sí No
- 3. ¿Esclerosis aórtica cuando se diagnosticó por primera vez al Consumidor del Fármaco Dietético con una regurgitación aórtica leve o mayor, si él o ella tenía 60 o más años de edad en ese momento?
 - Sí No

² H. Feigenbaum, *Echocardiography* 68-133 (5ª ed. 1994).
³ A. E. Weyman, *Principles and Practice of Echocardiography* 75-97 (2ª ed.1994).
⁴ J.P. Singh, et al., *Prevalence and Clinical Determinants of Mitral, Tricuspid and Aortic Regurgitation (The Framingham Heart Study)*, 83 Am. J. Cardiol. 897-902 (1999).





4. ¿Dilatación de la raíz aórtica >5.0 cm?
 Sí No
5. ¿Estenosis aórtica con un área de la válvula aórtica <1.0 centímetro cuadrado por la Ecuación de Continuidad?
 Sí No
6. ¿Anormalidades congénitas de la válvula mitral: Válvula del paracaídas o hendidura de la válvula mitral relacionada con el defecto septal atrial?
 Sí No
7. ¿El prolapso de la válvula mitral definido como una afección en la cual (a) la cinta de video o el disco del Ecocardiograma incluye la vista de eje largo parasternal y (b) esa vista ecocardiográfica indica un desplazamiento de una o ambas valvas mitrales >2 mm por sobre el borde atrial-ventricular durante la sístole, y un engrosamiento de la valva >5 mm durante la diástole, según lo determine un Cardiólogo Certificado por el Consejo⁵?
 Sí No
8. ¿Rotura de las cuerdas tendinosas o rotura de los músculos papilares, o infarto agudo del miocardio relacionado con la regurgitación mitral aguda?
 Sí No
9. ¿Calcificación anular mitral?
 Sí No
10. ¿Evidencia ecocardiográfica de Modo M y bidimensional de las válvulas cardíacas reumáticas (acupulamiento de la valva anterior y/o el movimiento anterior de la valva posterior y/o la fusión comisural), salvo que un Patólogo Certificado por el Consejo haya examinado el tejido de la válvula mitral y determinado que no había indicio de enfermedad de la válvula reumática?
 Sí No

E. A su leal saber y entender, tuvo el Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente lo siguiente:

1. ¿Intervención quirúrgica de la válvula cardíaca para reparar o cambiar la válvula mitral antes de consumir Pondimin® y/o Redux™?
 Sí No
2. ¿Intervención quirúrgica de la válvula cardíaca para reparar o cambiar la válvula aórtica antes de consumir Pondimin® y/o Redux™?
 Sí No
3. ¿Endocarditis bacterial antes de consumir Pondimin® y/o Redux™?
 Sí No
4. ¿Regurgitación aórtica leve o mayor confirmada por una ecocardiografía antes de consumir Pondimin® y/o Redux™?
 Sí No
5. ¿Regurgitación mitral moderada o mayor confirmada por una ecocardiografía antes de consumir Pondimin® y/o Redux™?
 Sí No
6. ¿Tumor carcinoide de un tipo relacionado con las lesiones a la válvula aórtica y/o mitral?
 Sí No
7. ¿Antecedentes de uso diario de metisergida o ergotaminas por un período continuo de más de 120 días?
 Sí No

⁵ L.A. Freed, et al., *Prevalence and Clinical Outcomes of Mitral Valve Prolapse*, 341 New Eng. J. Med. 1,2 (1999).





8. ¿Un diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y regurgitación valvular y/o anormalidades de un tipo relacionado con el lupus eritematoso sistémico⁶?
- Sí No
9. ¿Un diagnóstico de artritis reumatoide y regurgitación valvular y/o anormalidades de un tipo relacionado con la artritis reumatoide⁷?
- Sí No

F. A su leal saber y entender, tuvo el Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente las afecciones siguientes después de la fecha en que el paciente consumió por primera vez Pondimin® y/o Redux™:

1. ¿Endocarditis bacteriana relacionada con una regurgitación aórtica ya sea leve o mayor y/o una regurgitación mitral moderada o mayor? [Si marcó “Sí”, se debe proporcionar documentación comprobatoria de la endocarditis bacteriana.]
- Sí No
2. ¿Hipertensión pulmonar secundaria a la **regurgitación aórtica grave** con una presión pulmonar sistólica máxima >40 mm Hg⁸ medida por el cateterismo cardíaco o con una presión arterial pulmonar sistólica máxima >45 mm Hg medida por Ecocardiografía Doppler, en reposo, empleando procedimientos normales^{9,10} suponiendo una presión atrial derecha de 10 mm Hg?
- Sí No
3. ¿Hipertensión pulmonar secundaria a la regurgitación mitral moderada o mayor con una presión arterial pulmonar sistólica máxima >40 mm Hg medida por el cateterismo cardíaco o con una presión arterial pulmonar sistólica máxima >45 mm Hg¹¹ medida por Ecocardiografía Doppler, en reposo, empleando procedimientos normales suponiendo una presión atrial derecha de 10 mm Hg?
- Sí No
4. ¿Una dimensión ventricular izquierda anormal al final de la sístole >50 mm¹² por la ecocardiografía de modo M o bidimensional o una dimensión ventricular izquierda anormal al final de la diástole >70 mm¹³ según la medición de la Ecocardiografía de modo M o bidimensional?
- Sí No
5. ¿Una dimensión sistólica supero-inferior atrial izquierda anormal >5.3 cm¹⁴ (vista apical de cuatro cámaras) o dimensión sistólica anteroposterior atrial izquierda anormal >4.0 cm (vista de eje largo parasternal) medida por ecocardiografía bidimensional o de modo M dirigida bidimensional con ritmo sinusal normal utilizando los sitios de medición recomendados por la Sociedad Estadounidense de Ecocardiografía¹⁵?
- Sí No

⁶ *Harrison's Principles of Internal Medicine* 1878 (14^a ed.1998).

⁷ *Id.* en 1885.

⁸ Braunwald, *Heart Disease: Textbook of Cardiovascular Medicine* 796-98 (1997).

⁹ Feigenbaum, *supra* en 201-02.

¹⁰ Chan, K-L., *et al.*, *Comparison of Three Doppler Ultrasound Methods in the Prediction of Pulmonary Artery Disease*, 9 J. Am. Coll. Cardiol. 549-554 (1987).

¹¹ Braunwald, *supra*.

¹² Bonow R.O., *et al.*, *Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients With Valvular Heart Disease)*, 32 J. Am. Coll. Cardiol. 1510-14 (1998).

¹³ *Id.*

¹⁴ Weyman, *supra* en 1290-1292.

¹⁵ Henry, W.L. *et al.*, *Report of the American Society of Echocardiography Committee on Nomenclature and Standards in Two-dimensional Echocardiography*, 62 *Circulation* 212-17 (1980).





6. ¿Una dimensión ventricular izquierda anormal al final de la sístole mayor o equivalente a 45 mm¹⁶ por ecocardiograma de modo M o bidimensional?
 Sí No
7. ¿Arritmias, definidas como fibrilación/palpitación atrial crónica que no puede convertirse en un ritmo sinusal normal, o fibrilación/palpitación atrial crónica que requiere un tratamiento médico constante, cualquiera de los cuales se relacionan con el agrandamiento atrial izquierdo? (Una dimensión sistólica supero-inferior atrial izquierda anormal >5.3 cm¹⁷ (vista apical de cuatro cámaras) o dimensión sistólica anteroposterior atrial izquierda anormal >4.0 cm (vista de eje largo parasternal) medida por ecocardiografía bidimensional o de modo M dirigida bidimensional.)
 Sí No
8. ¿Fracciones de eyección como se indica a continuación¹⁸?
50% – 60% Sí No 30% – 34% Sí No
40% – 49% Sí No <30% Sí No
35% – 39% Sí No
9. ¿Intervención quirúrgica para reparar o cambiar la(s) válvula(s) aórtica(s) y/o mitral(es) **después** de consumir Pondimin[®]/y/o Redux[™]?
 Sí No
10. ¿Regurgitación grave y la presencia de indicios Clase I de ACC/AHA de una intervención quirúrgica para reparar o cambiar la(s) válvula(s) aórtica¹⁹ y/o mitral²⁰ donde no se realizó tal intervención quirúrgica?
 Sí No
- a. ¿Era indicada médicamente la intervención quirúrgica de reparación/reemplazo valvular pero el paciente no consintió en la misma?
 Sí No
- b. ¿Era contraindicada médicamente la intervención quirúrgica de reparación/reemplazo valvular?
 Sí No

Si su respuesta a la Pregunta F.10 fue “Sí”, proporcione (al final del formulario) o adjunte una declaración por escrito del Cardiólogo Certificado por el Consejo o Cirujano Cardiorácico Certificado por el Consejo que lo atendió, junto con registros médicos comprobatorios sobre las recomendaciones hechas al paciente en materia de intervenciones quirúrgicas valvulares con el motivo por el cual no se llevó a cabo la intervención quirúrgica.

11. Accidente vascular cerebral debido a (a) endocarditis bacteriana contraída después de consumir Pondimin[®] y/o Redux[™], o (b) fibrilación atrial crónica con agrandamiento atrial izquierdo como se define en la Pregunta F.5 anterior, o (c) intervención quirúrgica de reparación y/o reemplazo valvular que ha resultado en una afección permanente que cumple los criterios de los siguientes niveles funcionales del Sistema de Clasificación de Consecuencias de los Accidentes Vasculares Cerebrales de la AHA²¹, determinados seis meses después del evento o con posterioridad:
- a. Nivel funcional II Sí No
b. Nivel funcional III Sí No
c. Nivel funcional IV Sí No
d. Nivel funcional V Sí No

¹⁶ Bonow, *supra* en 1533-35.

¹⁷ Weyman, *supra* en 1290-1292.

¹⁸ Bono, *supra*.

¹⁹ Bonow, *supra* en 1510-14.

²⁰ Bonow, *supra* en 1533-35.

²¹ M.Kelley-Hayes, *et al.*, *The American Heart Association Stroke Outcome Classification*, 29 Stroke 1274-80,1275 (1998). (Nota: aprobado por el comité de Coordinación y Asesoramiento Científico de la American Heart Association.)





12. Un émbolo periférico debido a una endocarditis bacterial y/o como consecuencia de la fibrilación atrial con agrandamiento atrial izquierdo como se define más arriba que resultó en:
- a. Grave deterioro de los riñones, definido como insuficiencia renal grave de tipo crónico que requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal abdominal continua durante más de seis meses.
 Sí No
 - b. Grave deterioro de los órganos abdominales, definido como un trastorno que requiere una intervención quirúrgica intraabdominal.
 Sí No
 - c. Grave deterioro de las extremidades, definido como un trastorno que requiere la amputación de un miembro principal.
 Sí No

G. ¿Tiene el Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente los síntomas de Clase Funcional de la New York Heart Association, como se indica a continuación?:

- | | | | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Clase I | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 3. Clase III | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Clase II | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 4. Clase IV | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si la persona tiene dichos síntomas, proporcione documentación de estos síntomas según lo haya documentado el Cirujano Cardior torácico Certificado por el Consejo o Cardiólogo Certificado por el Consejo que la atendió.

H. Se sometió al Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente a una intervención quirúrgica de reparación o reemplazo valvular y tuvo una o más de las complicaciones siguientes ya sea durante la intervención, en un plazo de 30 días después de la intervención o durante la misma estadía hospitalaria que cuando se le hizo la intervención:

- 1. ¿Insuficiencia renal, definida como una insuficiencia renal grave crónica que requiere hemodiálisis periódica o una Diálisis Peritoneal Abdominal Continua (CAPD, por sus siglas en inglés) por un plazo mayor de seis meses después de la intervención quirúrgica de reemplazo de la válvula aórtica y/o mitral?
 Sí No
- 2. ¿El émbolo periférico después de la intervención quirúrgica resultó en un trastorno grave permanente de los riñones, órganos abdominales o extremidades? **NOTA:** Grave deterioro de los riñones significa una insuficiencia renal grave de tipo crónico que requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal abdominal continua durante más de seis meses. Grave deterioro de los órganos abdominales significa un trastorno que requiere una intervención quirúrgica intraabdominal. Grave deterioro de las extremidades significa un trastorno que requiere la amputación de un miembro principal.
 Sí No
- 3. ¿Cuadruplejía o paraplejía como consecuencia de una lesión de la espina cervical durante la intervención quirúrgica cardíaca valvular?
 Sí No

I. Se sometió al Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente a una intervención quirúrgica de reparación o reemplazo valvular y tuvo:

- 1. ¿Endocarditis, mediastinitis u osteomielitis esternal posoperatoria, cualquiera de las cuales requirió volver a abrir la esternotomía media para su tratamiento?
 Sí No
- 2. ¿Una grave infección posoperatoria definida como VIH o Hepatitis C en el plazo de seis meses a partir de la intervención quirúrgica como resultado de una transfusión de sangre relacionada con la intervención quirúrgica?
 Sí No





J. ¿Se sometió al Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente a una intervención quirúrgica de reparación o reemplazo valvular y requirió una segunda intervención por el esternón en el plazo de 18 meses a partir de la intervención quirúrgica inicial debido al mal funcionamiento o ajuste de la prótesis valvular, o a complicaciones relacionadas razonablemente con la intervención quirúrgica inicial?

Sí No

K. ¿Se sometió al Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente a una intervención quirúrgica de reparación o reemplazo valvular y tenía una fracción de eyección ventricular izquierda de <40% en cualquier momento seis meses después de la intervención quirúrgica de reparación o reemplazo valvular o con posterioridad a dicho período?

Sí No

Si su respuesta a la Pregunta K fue “Sí”, deberá proporcionar un informe del Ecocardiograma y una cinta o disco del mismo realizado e interpretado conforme a las normas y criterios esbozados en la Pregunta C.1 anteriormente indicada.

L. Se sometió al Consumidor del Fármaco Dietético citado anteriormente a uno o más de los siguientes procedimientos:

1. ¿Un trasplante de corazón?

Sí No

2. ¿Hipertensión pulmonar irreversible secundaria a la valvulopatía definida como presión arterial pulmonar sistólica máxima >50 mm Hg²² (por cateterismo cardíaco), en reposo, después de una intervención quirúrgica de reparación o reemplazo de la(s) válvula(s) aórtica y/o mitral?

Sí No

3. ¿Un estado no cognitivo persistente²³ causado por una complicación de la valvulopatía (p. ej., un paro cardíaco) o una intervención quirúrgica de reparación/reemplazo valvular?

Sí No

Si la persona tiene tal afección, proporcione una declaración detallada del Cardiólogo Certificado por el Consejo o Cirujano Cardiotorácico Certificado por el Consejo que la atendió, junto con registros médicos comprobatorios que indiquen en qué se funda usted para opinar que el estado no cognitivo persistente fue causado por una complicación de la valvulopatía o una intervención quirúrgica de reparación/reemplazo valvular.

4. ¿Muerte como consecuencia de una afección causada por valvulopatía o una intervención quirúrgica de reparación/reemplazo valvular?

Sí No

Proporcione una declaración detallada del Cardiólogo Certificado por el Consejo o Cirujano Cardiotorácico Certificado por el Consejo que atendió al paciente, junto con registros médicos comprobatorios que indiquen en qué se funda usted para opinar que la muerte del paciente fue consecuencia de una afección causada por valvulopatía y/o una intervención quirúrgica de reparación/reemplazo valvular.

5. ¿Fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sostenida que resulta en un trastorno hemodinámico

Sí No

²² Braunwald, *supra* en 596-98.

²³ Adelman, G., *Encyclopedia of Neuroscience* 268 (1987).



Apéndice del FORMULARIO VERDE

Conciliación con American Home Products Corporation por la acción colectiva iniciada por consumidores de fármacos dietéticos

Guía a Beneficios de Compensación de la Matriz conforme a la Conciliación para Médicos, Abogados y Miembros de la Acción Colectiva

- A. Se ha llegado a una Conciliación con American Home Products Corporation por la Acción Colectiva a Nivel Nacional iniciada contra ésta; dicha Conciliación resolverá las reclamaciones de personas que consumieron los fármacos Pondimin® y/o Redux™.
- B. Conforme a la Conciliación, los pacientes que tomaron los fármacos dietéticos Pondimin® y/o Redux™ tienen derecho a recibir compensación si han experimentado serios niveles de valvulopatía.
- C. Las sumas a las que las personas tienen derecho a recobrar conforme a esta Conciliación dependen de la edad de la persona al diagnosticarse la valvulopatía, el “nivel de gravedad” de la persona y demás criterios como se estipula a continuación. Los pagos se efectuarán según estas “Matrices”:

Matriz A-1

Edad en ocasión del diagnóstico/evento

Gravedad	≤ 24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79
I	\$123,750	\$117,563	\$111,685	\$106,100	\$100,795	\$95,755	\$90,967	\$86,419	\$82,098	\$73,888	\$36,944
II	\$643,500	\$611,325	\$580,759	\$551,721	\$524,135	\$497,928	\$473,032	\$449,381	\$426,912	\$384,221	\$192,111
III	\$940,500	\$893,475	\$848,801	\$806,361	\$766,043	\$727,741	\$691,354	\$656,786	\$623,947	\$561,552	\$280,776
IV	\$1,336,500	\$1,269,675	\$1,206,191	\$1,145,881	\$1,088,587	\$1,034,158	\$982,450	\$933,327	\$886,661	\$797,995	\$398,998
V	\$1,485,000	\$1,410,750	\$1,340,213	\$1,273,202	\$1,209,542	\$1,149,065	\$1,091,612	\$1,037,031	\$985,180	\$886,662	\$443,331

Matriz B-1


Edad en ocasión del diagnóstico/evento

Gravedad	≤ 24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79
I	\$24,750	\$23,513	\$22,337	\$21,221	\$20,159	\$19,152	\$18,194	\$17,284	\$16,420	\$14,778	\$7,389
II	\$128,700	\$122,265	\$116,152	\$110,344	\$104,827	\$99,586	\$94,606	\$89,876	\$85,383	\$76,844	\$38,422
III	\$188,100	\$178,695	\$169,760	\$161,272	\$153,208	\$145,548	\$138,270	\$131,357	\$124,790	\$112,310	\$56,155
IV	\$267,300	\$253,935	\$241,238	\$229,176	\$217,717	\$206,831	\$196,489	\$186,665	\$177,332	\$159,599	\$79,800
V	\$297,000	\$282,150	\$268,043	\$254,641	\$241,908	\$229,813	\$218,322	\$207,406	\$197,036	\$177,332	\$88,666

- D. A continuación se enumeran las circunstancias que determinan si es aplicable la “Matriz A-1” o la “Matriz B-1”:

- Para la Matriz A-1:** Los Consumidores del Fármaco Dietético que ingirieron Pondimin® y/o Redux™ durante 61 o más días, a quienes se les diagnosticó como FDA Positivo, cuyas afecciones son elegibles para los pagos de la matriz pero que no tienen ninguna afección o circunstancia que haga aplicable la Matriz B-1, recibirán los pagos indicados en la Matriz A-1.
- Para la Matriz B-1:** Los Consumidores del Fármaco Dietético que sean elegibles para los pagos de la matriz y a quienes se les aplique una o más de las siguientes afecciones, recibirán los pagos indicados en la Matriz B-1:
 - Para las reclamaciones con respecto a la válvula mitral, los Consumidores del Fármaco Dietético a quienes se les diagnosticó que tienen Regurgitación Mitral Leve (independientemente del tiempo transcurrido de la ingestión de Pondimin® y/o Redux™).



- 
- Los Consumidores del Fármaco Dietético que ingirieron Pondimin® y/o Redux™ durante 60 días o menos, a quienes se les diagnosticó como FDA Positivos.
 - Los Consumidores del Fármaco Dietético que ingirieron Pondimin® y/o Redux™ durante 61 días o más, a quienes se les diagnosticó como FDA Positivos con cualquiera de las siguientes afecciones:

Con respecto a una reclamación relacionada con la válvula aórtica:

- Las siguientes anomalías congénitas de la válvula aórtica: válvulas aórticas unicúspides, bicúspides o cuadrícúspides; defecto septal ventricular relacionado con la regurgitación aórtica;
- Disección aórtica que afecte a la raíz aórtica y/o la válvula aórtica;
- Esclerosis aórtica en personas \geq que 60 años a partir del momento en que se las diagnosticó como FDA Positivas;
- Dilatación de la raíz aórtica > 5.0 cm;
- Estenosis aórtica con un área de la válvula aórtica < 1.0 centímetro cuadrado por la Ecuación de Continuidad.

Con respecto a una reclamación relacionada con la válvula mitral:

- Las siguientes anomalías congénitas de la válvula mitral: válvula del paracaídas, hendidura de la válvula mitral relacionada con el defecto septal atrial;
- Prolapso de la válvula mitral según lo determine el ecocardiograma. El “Prolapso de la Válvula Mitral” se refiere a una afección en la cual (a) la cinta de video o el disco del ecocardiograma incluye la vista de eje largo parasternal y (b) esa vista ecocardiográfica indica un desplazamiento de una o ambas valvas mitrales > 2 mm por sobre el borde atrial-ventricular durante la sístole, y un engrosamiento de la valva > 5 mm durante la diástole, según lo determine un Cardiólogo Certificado por el Consejo;
- Rotura de las cuerdas tendinosas o rotura de los músculos papilares, o infarto agudo del miocardio relacionado con la regurgitación mitral aguda;
- Calcificación anular mitral;
- Indicio ecocardiográfico de Modo M y bidimensional de las válvulas mitrales reumáticas (acumulamiento de la valva anterior y/o movimiento anterior de la valva posterior y/o fusión comisural), salvo cuando no haya indicios de enfermedad valvular reumática al realizar un examen patológico del tejido de la válvula mitral.

Con respecto a las reclamaciones relacionadas con la(s) válvula(s) aórtica(s) y/o mitral(es):

- Intervención quirúrgica de válvula cardíaca antes de consumir Pondimin® y/o Redux™ en la válvula que sea objeto de la reclamación;
- Endocarditis bacteriana antes de consumir Pondimin® y/o Redux™;
- Regurgitación FDA Positiva (confirmada por Ecocardiograma) antes de consumir Pondimin® y/o Redux™ en relación con la válvula que sea objeto de la reclamación;
- Lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide¹ y regurgitación valvular y/o anomalías valvulares de un tipo relacionado con esas afecciones²;
- Tumor carcinoide de un tipo relacionado con las lesiones a la válvula aórtica y/o mitral;



