



10696 S RIVER FRONT PKWY. SOUTH JORDAN, UT 84095 | T (801) 563-0333 | F (801) 563-0335 | WWW.US-MRI.COM

GRAVAMEN DE RADIOLOGÍA

Yo, _____, por la presente autorizo y dirijo a, _____, mis abogados, para pagar directamente a Salt Lake MRI / U.S. MRI cualquier suma que se deba o sea adeudada a ellos por los servicios médicos prestados en respecto a este accidente y retener tales sumas de mi acuerdo, sentencia o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente dicha entidad médica. Doy por este medio un gravamen sobre mi caso a dicha entidad médica en contra de cualquier y todos los ingresos de mi acuerdo, sentencia o veredicto, que puede ser pagado a usted, mi abogado, o a mi, como consecuencia de las lesiones por las cuales yo he sido atendido en relación con el caso mencionado. Estoy de acuerdo en qué tal gravamen será subordinada a, y sólo a, el gravamen de mi abogado para honorarios y costos. Todos las cantidades recuperadas que excedan los honorarios y costos están sujetos a este gravamen.

Estoy de acuerdo a nunca anular este documento. Yo autorizo a que en el evento de que mi abogado sea substituido en esta materia, el nuevo abogado honrará este gravamen; heredará y hará efectivo este acuerdo como si hubiera sido ejecutado por él / ella.

Yo entiendo que soy directa y plenamente responsable a dicha entidad médica para todas las cuentas médicas presentadas por los servicios prestados y que este acuerdo se hace exclusivamente para dicha protección adicional de dicha entidad médica y en consideración a la espera del pago. Además, entiendo que dicho pago no está sujeto a ningún acuerdo, sentencia o veredicto en este caso seré yo responsable por dicha cuota..

Se me ha informado de que si un abogado no quiere cooperar en la protección de los intereses de la entidad médica, la entidad médica no va a esperar al pago, pero se me requerirá hacer pagos mensuales. Por favor reconozca los términos y condiciones de esta carta firmando abajo y regrese a la oficina de la entidad médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del accidente: _____

El que firma abajo, siendo el abogado del paciente mencionado, está de acuerdo en seguir los términos de lo anterior y se compromete a pagar las sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto como sea necesario. El abogado se compromete a no distribuir los fondos del cliente / paciente hasta que este gravamen sea pagado en su totalidad.

Firma del Abogado: _____ Fecha: _____

Nombre del Abogado: _____ Nombre de la firma de Abogados: _____

Teléfono: _____ Fax: _____



OFFICIAL MEDICAL PROVIDER USSPEEDSKATING