

GRAVAMEN DEL PACIENTE / CARTA DE PROTECCIÓN DEL ABOGADO / ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS PROVEEDOR:
CONEXIÓN DE NEURONA | 610 EAST BASLEINE ROAD, TEMPE, AZ 85253 | Teléfono (602) 888-1012 | Fax (602) 926-8333

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la lesión: _____

Dirección del paciente: _____

Teléfono del paciente: _____ Correo electrónico del paciente: _____

Nombre del abogado: _____

Teléfono del abogado: _____ Fax/correo electrónico del abogado: _____

Dirección del abogado: _____

Por la presente, autorizo y ordeno al proveedor mencionado anteriormente que proporcione a mi abogado todos los informes, hallazgos, interpretaciones, impresiones, diagnósticos, etc. de todos y cada uno de los estudios de diagnóstico que pueda realizarme, incluidos los estudios realizados en relación con cualquier accidente en el que estuve involucrado. Por la presente, autorizo e instruyo a mi abogado, que se identifica anteriormente, así como a cualquier abogado posterior que pueda obtener además de mi abogado identificado anteriormente o que lo reemplace, a pagar directamente al proveedor mencionado anteriormente todos los montos adeudados y adeudados por servicios médicos prestados a mí tanto en relación con el accidente en el que estuve involucrado como cantidades adeudadas por mí por servicios no relacionados con el accidente. Por la presente autorizo e instruyo a mi abogado (así como a cualquier futuro abogado) a retener de cualquier acuerdo, juicio, veredicto u otra recuperación económica que pueda recibir las cantidades que sean necesarias para proteger adecuadamente al proveedor mencionado anteriormente. Entiendo que, mediante este acuerdo, le estoy dando al proveedor mencionado anteriormente un derecho de retención sobre cualquier acuerdo, sentencia, veredicto u otra recuperación económica que pueda obtener en mi caso, incluida cualquier cantidad en poder de mi abogado que me sea pagadera. Entiendo completamente que, a pesar de este acuerdo, soy directa y totalmente responsable ante el proveedor mencionado anteriormente por todas las facturas médicas asociadas con los servicios que se me brindaron y este acuerdo se realiza únicamente para protección adicional y en consideración del proveedor que acepta esperar pago. Entiendo que este acuerdo anula cualquier ley que limite el tiempo para que el proveedor tome medidas para cobrar los montos que pueda adeudar por los servicios prestados y que mis obligaciones de pagar los mismos no están supeditadas a que yo reciba alguna recuperación en mi caso. Además entiendo y acepto que este acuerdo no es un arreglo de pago con respecto a la satisfacción de mi cuenta en absoluto. Por la presente, autorizo a mi abogado a comunicarse con el proveedor mencionado anteriormente (o el cesionario del proveedor) con respecto a mi estado y a mi caso, y ordeno a mi abogado que responda todas las preguntas que puedan formularse sobre mí o mi caso. Acepto notificar y, por la presente, ordeno a mi abogado que notifique al proveedor mencionado anteriormente (o al cesionario del proveedor) si cambio la representación de un abogado.

Acepto notificar y, por la presente, ordeno a mi abogado que notifique al proveedor (o al cesionario del proveedor) por escrito dentro de las 2 semanas posteriores a la resolución de mi caso. Además, si mi caso se resuelve por menos del monto anticipado y/o mi abogado determina que será imposible pagar al proveedor en su totalidad por todos los servicios médicos prestados, por la presente autorizo a mi abogado a proporcionarle al proveedor (o al cesionario del proveedor) un desglose del monto total del acuerdo, junto con todos los costos, tarifas u otros gastos que se pagarán con los ingresos del acuerdo, para permitir que el proveedor (y/o el cesionario del proveedor) tome una decisión

informada sobre si aceptar menos que los cargos totales facturados Mis servicios. Tuve la oportunidad de consultar los honorarios del proveedor y reconozco que los cargos del proveedor por sus servicios son justos y razonables y que reflejan adecuadamente el riesgo del proveedor de esperar su pago hasta que se resuelva mi caso. Además, reconozco que este acuerdo es un acuerdo que proporciona garantía por los montos que debo con respecto a los servicios prestados a mí y no constituye un acuerdo de pago u otro acuerdo con respecto al pago de cualquier cantidad que pueda deber con respecto a los servicios prestados a mí. Por la presente autorizo al proveedor a ceder mi cuenta por cobrar y a proporcionar copias de todos mis registros relacionados con la parte asignada de mi cuenta por cobrar al cesionario. Entiendo y acepto que cualquier cesionario del proveedor tiene derecho a todos los derechos y privilegios proporcionados al proveedor por este acuerdo. Entiendo que dicha cesión no afectará mis obligaciones o las obligaciones de mi abogado bajo, o los consentimientos que estoy dando, este acuerdo. Si existe una controversia o reclamo (cada uno de ellos una "Disputa") que surja de los términos de este acuerdo o se relacione con ellos, por la presente doy mi consentimiento y acepto que dicha Disputa se resolverá mediante arbitraje vinculante en el condado y el estado donde se encuentra el proveedor. con la Asociación Americana de Arbitraje ("AAA") ante un solo árbitro. Dicho árbitro otorgará los honorarios y costos de los abogados a la parte vencedora.

Nombre completo: _____

Fecha de firma: _____

El abajo firmante, siendo el abogado del registro del paciente anterior, por la presente acepta honrar el derecho de retención anterior y acepta retener dichas sumas para cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente al proveedor anterior.

**Abogado: Firme, feche y devuelva una copia al proveedor de atención médica.
Guarde una copia para sus propios registros.**

Nombre completo del abogado: _____

Fecha de firma: _____