

**MEDICAL LIEN NOTIFICATION AND CLAIM FORM**

12  
Yo

**Claimant/Licensed Health Care Provider Information:**

Name and Address of Claimant/Licensed Health Care Provider:

**SUN RADIOLOGY**

16222 N. 59th Ave Suite C-150, Glendale, AZ 85306

Phone: 623-815-8200

Officer or Authorized Agent of Health Care Provider: **SUN RADIOLOGY**

**Claim Information:**

To the best of the claimant's knowledge, the names and addresses of the persons, firms, or corporations, and insurance carriers claimed to be liable for damages are as follows:

**Date of Lien Prepared: 11/21/2025**

County: Maricopa

State: AZ

**Patient Information:**

**Patient: VERONICA MEZA VIDAURRAZAGA**

**DOB: 09/16/1997**

**Address: 1315 E MEADOWBROOK AVE, PHOENIX AZ 85014**

**Law Firm Information**

**Law Firm Name: SOUTHWEST INJURY SPECIALIST**

**Firm Address: 301 E BETHANY HOME RD STE A-125, PHOENIX AZ 85012**

**Firm Phone Number: 602-922-9955**

**Date of Injury:**

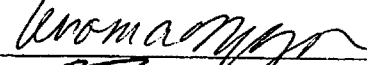
**Date of Service Patients First Visit: 10/22/2025** - Present - Treating Continuing

Date of Full Release of Care: Ongoing

Amount Due Claimant for Care/Treatment: \$ 6,000.00 & **ACCRUING:**

County and State in Which Injury or Illness Occurred: Maricopa County, AZ

Entiendo completamente que soy directa y totalmente responsable ante el médico por todas las facturas médicas presentadas por los servicios prestados a mí, y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional del médico, en consideración de que él espere el pago. Asimismo, entiendo que dicho pago no está condicionado a ningún acuerdo, sentencia o veredicto mediante el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

Fecha: 10/22/25 Firma del paciente: 

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del agente: 

El abajo firmante, en calidad de testigo, acuerda cumplir con todos los términos mencionados y retener dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, según sea necesario, para proteger adecuadamente al médico mencionado anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del abogado: \_\_\_\_\_

Unofficial Document

**Por favor, feche, firme y devuelva una copia a la oficina del médico.  
Conserve una copia para sus registros.**

**FAX # 623-815-8299**

**Detalles del Gravamen Médico:**

De conformidad con A.R.S. 33-931 a A.R.S. 33-934, el reclamante mencionado anteriormente reclama un gravamen sobre cualquier y todas las acciones legales, demandas, contrademandas o reclamos por daños que le correspondan al paciente mencionado anteriormente o a su representante legal, cesionario o herederos. Esto se debe a las lesiones que dieron lugar a dichas acciones legales y que requirieron su tratamiento, por los cargos habituales por la atención médica del paciente, en la suma mencionada anteriormente como adeudada.