

Email Signed Lien To :
PERSONAL INJURY MEDICAL RADIOLOGIST LIEN

TO THE LAW OFFICE OF:

FIRST TEST LAST

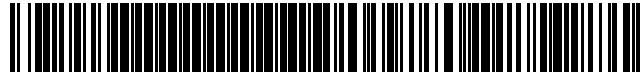
Tel: () -

Fax: (555) 555-5555

TEST, TEST

PRE9999999999999999

DOB: 1/1/1991



***** INFORM YOUR ATTORNEY OF ALL PROCEDURE(S) DONE WITH TO ENSURE SERVICES ARE PAID THROUGH YOUR CASE. FAILURE TO INFORM YOUR ATTORNEY MAY HOLD YOU LIABLE FOR PAYMENT OF SERVICES. INFORME A SU ABOGADO DE TODO EL PROCEDIMIENTO(S) HECHO CON PARA GARANTIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE SU CASO. DE NO INFORMAR A SU ABOGADO LE PUEDE SER RESPONSABLE PARA EL PAGO DE SERVICIOS. *****

RE: MEDICAL REPORTS AND DOCTOR'S LIEN (INFORME DE MÉDICO Y GRAVAMEN DE MÉDICO) I hereby authorize (provider) to furnish you, my Attorney, a full report of the examination, diagnosis, treatment, and prognosis in regards to the accident I was involved in on the below date(s) of injury. (Por la presente autorizo (proveedor) entregar a usted, mi abogado, un informe completo del examen, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mí mismo, en cuando estuve envuelto en un accidente en la fecha de la herida escrito por debajo.)

I hereby authorize and direct you, my Attorney, to pay directly to such sums due and owing for professional services rendered to me, both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due and owing and to withhold such sums from any settlement, judgments or verdicts as may be necessary to adequately protect and fully compensate . I hereby further direct my Attorney to pay in full any medical bills owed to . (Yo autorizo y le dirigo, mi abogado, para pagar directamente a tales sumas como pueden ser debida y debido por servicios profesionales proveido a mí, por razón de este accidente y por razón de cualquier otras cuentas que vencen y debido a y retener tales cantidades de asentamiento, fallos/verdictos o sentencias como sean necesarias para proteger adecuadamente y compensar completamente . Por el presente documento, dirijo mi abogado a pagar en su totalidad cualquier facture(s) médica(s) debido a .)

I fully understand that I am directly and fully responsible to . for all medical bills submitted by said practice for services rendered and that this agreement is made solely for said practice's additional protection and in consideration of the practice awaiting payment. I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee. I have been advised that if my attorney does not wish to cooperate in protecting 's interest, the practice will not await payment and may declare the entire balance due and payable. Patient agrees to pay all of 's reasonable attorneys' fees, collection costs and expenses associated with the enforcement of this lien. If is required to retain an attorney to enforce any provision of this Agreement, whether or not a legal proceeding is commenced, the substantially prevailing party shall be entitled to reasonable attorneys' fees regardless of whether at trial, on appeal, in any bankruptcy proceeding, arbitration matter or without resort to suit. In the event is required to turn any outstanding unpaid amounts due under this agreement to a collection agency then Patient agrees to pay any and all costs, fees or charges imposed by said collection agency in collecting amounts due hereunder. (Entiendo perfectamente que soy directamente y plenamente responsable a todas las facturas médicas presentadas por dicha práctica por los servicios proveidos a mí y que este acuerdo se hace exclusivamente para protección adicional de dicha práctica y teniendo en cuenta la práctica en espera del pago. Y entiendo que dicho pago no es contingente sobre cualquier asentamiento, juicio o veredicto que finalmente puedo recuperar dicha sustantivo. me ha explicado que si mi abogado no quiere cooperar en la protección de intereses de , el proveedor no esperara pago (como lo haríamos con un asunto pendiente) podemos declarar la totalidad del saldo exigible y pagadera, El paciente acepta pagar todos los honorarios razonables de los abogados de , los costos de cobro y los gastos asociados con la aplicación de gravámenes. Si se requiere que conserve a un abogado para hacer cumplir cualquier disposición de este acuerdo, ya sea que se inicie o no un procedimiento legal, la parte que prevalece sustancialmente tendrá derecho a honorarios razonables de abogados, independientemente de si en el juicio, en la apelación, en cualquier procedimiento de quiebra, asunto de arbitraje o sin recurso a juicio. En el caso de que se requiera que dé a una agencia de cobranzas cualquier cantidad pendiente de pago debida en virtud de este acuerdo, el paciente acepta pagar todos y cada uno de los costos, honorarios o cargos impuestos por dicha agencia de cobranzas al cobrar las cantidades adeudadas en virtud del presente acuerdo.)

I hereby agree to waive the running of any Statute of Limitations for an additional period of four (4) years as provided in CCP 360.5. Yo estoy de acuerdo de renunciar a la diversión de cualquier estatuto de limitaciones por un período adicional de cuatro (4) años como proporcionar en 360.5 CCP

The undersigned, being attorney of record for the above patient, does hereby agree to observe all the terms of the above, and agrees to withhold such sums from any settlement, judgment, or verdict, as may be necessary to adequately protect and fully compensate . Attorney further agrees that in the event this lien is litigated, the prevailing party will be awarded attorney's fees and costs. I agree to provide a case status update every one hundred twenty (180) days from the first date of service. I acknowledge that failure to provide periodic case status updates may result in the patient's account(s) being referred to collections.

Print First, Middle & All Names: (Nombre Completo de Paciente) Tech Sign

Date(s) of Injury: (Fecha de Herida) _____

Driver's Name (if you were a passenger) (Nombre de Conductor (si fue pasajero) :

Patient's Signature (FIRMA de Paciente) :

Attorney's Signature (FIRMA de Abogado) :



Date (Fecha) :

2/13/2024



Date (Fecha) : _____