

**TO THE LAW OFFICE OF:**

**TORREZ, JOSE**

JT LEGAL GROUP  
801 N. BRAND BLVD. #1130  
GLENDALE, CA 91203

Tel: (888) 259-1113

**PRE377431**

**DOB: 12/13/1964**

Fax: (818) 208-4550



**\*\*\* INFORM YOUR ATTORNEY OF ALL PROCEDURE(S) PERFORMED WITH PRECISE IMAGING 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 LES PROCEDIMIENTO(S) HECHO CON PRECISE IMAGING PARA GARANTIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE SU CASO. DE NO INFORMAR A SU ABOGADO PUEDE HACER QUE USTED SEA RESPONSABLE DEL PAGO DE LOS SERVICIOS.) \*\*\***

RE: MEDICAL REPORTS, BILLS AND LIENS (REGISTROS MÉDICOS, FACTURAS Y GRAVÁMENES) I hereby authorize Precise Imaging to furnish you, my attorney, all medical records, bills, and liens of the examination(s), in regards to the accident I was involved in on the below date(s) of injury. (Por la presente autorizo a Precise Imaging a proporcionarle a usted, mi abogado, todos los registros médicos, facturas y gravámenes del examen o exámenes, con respecto al accidente en el que estuve envuelto en la fecha de la herida escrito por debajo.)

I hereby authorize and direct you, my Attorney, to pay directly to Precise Imaging such sums due and owing for services rendered to me, both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due and owing Precise Imaging and to withhold such sums from any settlement, judgments or verdicts as may be necessary to adequately protect and fully compensate Precise Imaging. I hereby further direct my Attorney to pay in full any bills owed to Precise Imaging. (Por la presente le autorizo y le dirigo usted, mi abogado, a pagar directamente a Precise Imaging las sumas adeudadas y adeudadas por los servicios que se me presten, tanto por este accidente como por cualquier otras factura que se deba y deba a Precise Imaging y que retenga dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que puede ser necesarias para proteger y compensar adecuadamente a Precise Imaging. Por el presente documento, a mi abogado que pague en su totalidad todas las facturas que se adeyden a Precise Imaging.)

I fully understand that I am directly and fully responsible to Precise Imaging for all bills submitted by said entity for services rendered and that this agreement is made solely for said entity'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 Precise Imaging's interest, the entity will not await payment and may declare the entire balance due and payable. Patient agrees to pay all of Precise's reasonable attorneys' fees, collection costs and expenses associated with the enforcement of this lien. If Precise 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 Precise 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 responsable directa y plenamente a Precise Imaging de todas las facturas médicas presentadas por dicha entidad por los servicios prestados y que este acuerdo se hace únicamente por la protección adicional de dicha entidad y en consideración de la entidad a la espera de pago. Además, entiendo que dicho pago no está supeditado a ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tasa. Me han informado que si mi abogado no desea cooperar en la protección de los intereses de Precise Imaging, la entidad no esperará el pago y puede declarar todo el saldo adeudado y pagadero. El paciente acepta pagar todos los honorarios razonables de los abogados de Precise, los costos de cobro y los gastos asociados con la aplicación de gravámenes. Si se requiere que Precise 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 Precise 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. (Por la presente acepto renunciar a la ejecución de cualquier Estatuto de Limitaciones por un período adicional de cuatro (4) años según lo dispuesto en el CCP 360.5)

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 Precise Imaging. 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 eighty (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) dsggg gs

Date(s) of Injury: (Fecha de Herida) 01/29/2019

**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) :

8/24/2023

Date (Fecha) :