

What To Expect From Ramos Law...

1. Our Process

Within forty-eight hours of signing the Contingency Fee Agreement you will hear from the attorney assigned to your case. Your attorney will discuss the following with you:

Medical Plan

A medical case plan is developed that is tailored to your specific injuries. Our medical team is led by Dr. Ramos and his insights and expertise are incorporated into every case. Our in-house medical team crafts a plan to balance the financial, medical, and legal needs of your case.

Investigation Plan

As soon as you sign the Contingency Fee Agreement we get to work on investigation. We immediately attempt to identify issues in the case, relevant social media posts, UCC lien filings and criminal records of the parties responsible for causing your injury.

8 Week Meetings

Within 8 weeks of signing the Contingency Fee Agreement you will have a critically important case status meeting with your attorney. The attorney will provide a detailed review of the financial, medical, and legal aspects of your claim to ensure your claim is on the right track and stays on the right track.

2. Our Core Values

- a. Care Deeply
- b. Communicate Openly
- c. Pursue Excellence
- d. Put Others First
- e. Have Fun Doing It

Our processes and values are two critical aspects of our business. We want to make sure that we are executing the right processes and exhibiting our values in each and every case. If you have any concerns that your case is not being managed accordingly, please immediately contact our office and ask to speak with Dr. Ramos, Brian Calandra, or Randal Manning.



ACUERDO DE PAGO CONTINGENTE

EL CLIENTE COMPRENDE QUE NO HAY CARGOS SI NO SE RECUPERA DINERO Y QUE NO HAY GARANTIAS DE TENER ÉXITO

1. Gloribella Ambriz por el fallecido Cuitlahuac Ambriz, que recidio en 517 E Trilby RD Fort Collins, CO. 80525, contrata Ramos Law, ubicada en la 10190 Bannock St Suite 200 Northglenn, CO 80260, ("La Firma") para ofrecer servicios legales relacionados con un Reclamo proveniente de lesiones personales ocurridas el día August 20, 2022Intake_CaseIntakeData_DateOfIncident_Intake_10_1.
2. La Firma recibirá el pago de **un tercio (35%) de los cargos contingentes** del fallo arbitral bruto o convenio del Reclamo. Los cargos suben a un **cuarenta por ciento (40%)** si su reclamo es sometido por la corte/juicio. El Cliente reconoce que los "honorarios contingentes" han sido explicados y que los cargos hechos son razonables. El Cliente ha rehusado todas las otras opciones de pago de los honorarios (por hora, honorarios fijos) que han sido explicados y ofrecidos. Cualquier honorario de abogado otorgado especialmente corresponderán a La Firma.
3. El Cliente otorga a La Firma la autoridad de hacer gastos para investigar y hacer una demanda por el Reclamo. El Cliente aun más reconoce la responsabilidad por el pago relacionado con el Reclamo y aun más está de acuerdo con reembolsar a La Firma por los gastos ya hechos en este Reclamo. El Cliente reconoce que el concepto de gastos ha sido explicado y que los honorarios de La Firma se cargan a la recuperación en bruto, antes de otras deducciones. Costos del caso pueden variar considerablemente y nosotros hacemos nuestro mejor esfuerzo para mantener los costos bajos. Gastos normalmente no excederán **\$5,000**, si su caso se resuelve sin una demanda. Si su caso es sometido por la corte, los gastos pueden oscilar entre **\$5,000 a \$50,000+**. Los costos pueden variar considrabelemente y hacemos todo lo posible para mantenerlos bajos.En cualquier momento y a nuestra discreción podemos pedirle que pague los gastos del litigion adelantado.
4. El Cliente autoriza a La Firma que pague todas las facturas actuales y los embargos asociados al Reclamo de la recuperación bruta después de pagar los honorarios de contingencia. El Cliente reconoce que se le ha explicado la subrogación y los embargos.
5. Los cuidados médicos NO son un costo o gasto. Si no hay una recuperación monetaria, La Firma no pagará ninguno de los gastos médicos del Cliente.
6. La Firma mantiene un embargo de abogado en todos los dineros recuperados o recibidos por el Cliente y el Cliente no puede comprometerse, hacer convenios o hacer cargos contra el Reclamo sin el consentimiento de La Firma.

RAMOS LAW

INJURY DIVISION

7. La Firma se puede retirar del Reclamo por cualquier motivo, en cualquier momento y no tendría más responsabilidades con el Cliente. De la misma manera el Cliente puede terminar con La Firma en cualquier momento.
8. Este convenio o acuerdo no incluye servicios de apelación.
9. El Cliente conviene en indicar a La Firma donde se encuentra en todo momento y para seguir todas la peticiones de preparación y presentación del Reclamo.
10. El Cliente autoriza a La Firma para que proporcione toda la información necesaria a cualquier entidad o persona incluida en el Reclamo. El Cliente reconoce haber firmado la divulgación de registros médicos.
11. Si el Cliente termina este contrato y se retiene un nuevo abogado, el Cliente no debe pagar cargos adicionales de abogado. La Ramos Injury Firm sería pagada por cualquier trabajo hecho por el nuevo abogado o por el Cliente, si el nuevo abogado no ha sido contratado. El pago será hecho ya sea a un honorario de \$375 por hora (un valor razonable de los servicios), la participación proporcional a La Firma de cualquier recuperación bruta, o un honorario igual al porcentaje de honorario de contingencia establecido en este convenio. El método de pago se hace a la discreción de La Firma.
 - a) Si la firma y el cliente no están de acuerdo sobre como La Firma debe ser compensada en esta circunstancia, el abogado puede pedir a la corte que determine: (1) si el cliente se ha enriquecido de mala fe o injustamente si el cliente no paga un honorario al abogado; y (2) la cantidad del honorario que se debe, teniendo en cuenta la naturaleza y complejidad del caso del cliente, el tiempo y la habilidad dada por el abogado al caso del cliente, y el beneficio obtenido por el cliente como resultado de los esfuerzos hechos por el abogado.
 - b) En caso de que La Firma tenga que hacer una demanda para recuperar los honorarios no pagados que se deben, el Cliente expresamente está de acuerdo en pagar los honorarios de abogado de La Firma (\$375 por hora) y los costos hechos.
12. La Firma puede incluir otros abogados que no son de La Firma para trabajar en el reclamo. Esto no cambia los honorarios cargados al Cliente.

RAMOS LAW

INJURY DIVISION

13. El Cliente comprende que ellos son responsables de los costos y los honorarios de abogado si son otorgados a la parte opositora por un Juez o Arbitro. El Cliente puede pagar cualquiera de estos fallos de los dineros recolectados a nombre del Cliente, pero los honorarios de La Firma serán pagados con base en y recolectados en la recuperación bruta, antes del pago al Cliente de los costos y honorarios de abogado recolectados den esa recuperación
14. **El Cliente comprende que el alcance de los servicios de la Firma Legal están limitados a los servicios establecidos en el Párrafo 1 arriba, solamente. El Cliente comprende que su falta de traer a tiempo todos los demás problemas legales a la atención de La Firma puede resultar en una exención de los derechos legales y o estatuto que se aplica a los límites de estos reclamos.**

YO HE LEIDO EL CONVENIO EN SU TOTALIDAD ANTES DE FIRMARLO Y TODAS MIS PREGUNTAS FUERON CONTESTADAS. ESTOY DE ACUERDO CON TODOS LOS LTERMINOS DE ESTE CONVENIO DE HONORARIOS Y RECONOZCO HABER RECIBIDO ESTE CONTRATO

DocuSigned by:

Gloribella Ambriz

9/25/2023

COA73F0F1200402...
Cliente: Gloribella Ambriz por el fallecido Cuitlahuac Ambriz

Fecha



Abogado: Ramos Law

September 25, 2023

Fecha



CONTINGENT FEE AGREEMENT

**CLIENT UNDERSTANDS THAT THERE IS NO CHARGE IF THERE IS NO MONEY
RECOVERY AND THERE ARE NO GUARANTEES OF SUCCESS**

1. Gloribella Ambriz for decedent Cuitlahuac Ambriz, who resided at 517 E Trilby RD Fort Collins, CO. 80525, hires Ramos Law, located at 10190 Bannock St Suite 200 Northglenn, CO 80260, ("The Firm") for legal services related to a claim resulting in personal injuries occurring on August 20, 2022.
2. The Client will pay The Firm a **thirty five percent (35%) contingency fee** of the gross award or settlement of the Claim. The fee increases to **thirty eight percent (38%)** if a lawsuit is filed on your behalf, **forty percent (40%)** after 120 days in litigation, and **forty five percent (45%)** if your case goes to trial. Any specially awarded attorney fees shall belong to The Firm. If attorney's fees are awarded to Client, Client shall pay the greater amount of either (1) the amount awarded for attorney's fees or (2) 35%, 38%, 40% or 45% (depending on the status of the case when resolved) of the gross recovery and the percentage shall be applied to all amounts collected for all damages, interest, costs and other recovery and also including the amounts awarded for attorney's fees.
3. The Client is to be liable to the attorney for reasonable expenses. Such expenses can be significant if your case is resolved without a lawsuit. Our average expenses are between \$200 and \$500, prior to filing a lawsuit. If we file a lawsuit, expenses can range between \$5,000 and \$50,000+. Case costs can vary considerably. At our discretion, we may ask you to pay litigation expenses up front at any time.
4. Client authorizes The Firm to pay all outstanding bills and liens associated with the Claim from the gross recovery after payment of the contingency fee. Client acknowledges subrogation and liens have been explained.
5. Medical care is NOT a cost or expense. If there is no monetary recovery, The Firm will not pay any of Client's medical bills.
6. The Firm holds an attorney's lien on all money recovered or received by the Client and the Client may not compromise, settle, or otherwise burden the Claim without The Firm's consent.
7. The Firm may withdraw from the Claim for any reason at any time and would have no further responsibility to Client. Likewise, the Client may terminate The Firm at any time.
8. This Agreement does not include appellate services.
9. Client agrees to keep The Firm advised of their whereabouts at all times and to follow all requests for the preparation and presentation of the Claim.

RAMOS LAW

INJURY DIVISION

10. Client authorizes The Firm to provide all necessary information to any entity or person involved with the Claim. Client acknowledges signing a medical records release.
11. In the event the client terminates this contingent fee agreement without wrongful conduct by the attorney which would cause the attorney to forfeit any fee, or if the attorney justifiably withdraws from the representation of the client, the attorney may ask the court or other tribunal to order the client to pay the attorney a fee based upon the reasonable value of the services provided by the attorney. If the attorney and the client cannot agree how the attorney is to be compensated in this circumstance, the attorney will request the court or other tribunal to determine: (1) if the client has been unfairly or unjustly enriched if the client does not pay a fee to the attorney; and (2) the amount of the fee owed, taking into account the nature and complexity of the client's case, the time and skill devoted to the client's case by the attorney, and the benefit obtained by the client as a result of the attorney's efforts. Any such fee shall be payable only out of the gross recovery obtained by or on behalf of client and the amount of such fee shall not be greater than the fee that would have been earned by the attorney if the contingency described in this contingent fee agreement had occurred. In the event the Firm must file a lawsuit to recover unpaid legal fees, Client expressly agrees to pay the Firm's attorney's fees and costs incurred for same.
12. The Firm may associate other attorneys outside The Firm to work on the claim. This will not change the fee charged to the Client.
13. The Client understands they are responsible for costs and attorney fees if awarded to the opposing party by a Judge or Arbitrator. The Client may pay any such award from the proceeds collected on the Client's behalf, but The Firm's fee shall be paid based and collected on the gross recovery, before the Client's payment of awarded costs and attorney fees from any such recovery.
14. **Client understands that the scope of the Law Firm's services is limited to the services set forth in Paragraph 1 above, only. Client understands that his/her failure to timely bring other legal issues to the attention of The Firm may result in waiver of legal rights and/or applicable statute of limitations for such claims.**

I HAVE READ THE ENTIRE AGREEMENT BEFORE SIGNING IT AND HAVE HAD ALL OF MY QUESTIONS ANSWERED.

DocuSigned by:



9/25/2023

C6A75F0F-1260402...

Client: Gloribella Ambriz for decedent Cuitlahuac Ambriz

Date



Attorney: Ramos Law

September 25, 2023
Date

**RAMOS LAW DECLARACION DE ACEPTACION DE SERVICIOS
DEL CLIENTE****TIPOS DE ACUERDOS DE PAGOS A LOS ABOGADOS:**

Yo he sido informado y entiendo que hay diferentes tipos de acuerdos de pagos con los abogados, basados en el tiempo, cambios, contingencia, o combinación de estos tipos de acuerdos de pago. El tiempo de los acuerdos de pago está basado o determinado en la cantidad de tiempo envuelto en su caso, cuanto será el pago por hora, por día o por semana. Cambio de acuerdo es el pago basado en un acuerdo por una cantidad específica, no importa el esfuerzo o tiempo utilizado o el resultado obtenido. El pago por contingencia se define como un acuerdo por un porcentaje o una cantidad que será pagada únicamente cuando se recupere al final del caso, no importa el tiempo o esfuerzo envuelto en su caso. Yo entiendo que no todas las ofertas de estos diferentes acuerdos y reconozco que yo tengo el derecho de consultar con otros abogados para determinar si ellos pueden proveer otros acuerdos en mi caso o problema. Después de estas consideraciones y consultas, yo puedo elegir el acuerdo de pago ofrecido que estará acompañado del acuerdo de pago.

PAGO ESPECIAL ORDENADO POR LA CORTE:

Yo he sido informado y entiendo que la corte o el árbitro en algunas oportunidades pueden ordenar el pago adicional de los gastos de los abogados junto a la cantidad que se recobre en mi reclamo. Yo entiendo que el acuerdo en el cual yo he aceptado con mi abogado debe de tener una provisión de cómo este pago especial de mi abogado debe de ser contado y manejado.

GASTOS:

Yo he sido informado y entiendo que pueden existir gastos adicionales (separados del acuerdo con mi abogado) persiguiendo mi reclamo. Como ejemplos tenemos, pagos por los servicios de la corte, costos de servicios durante el proceso, cargos hechos por testigos expertos, pagos por investigadores. Pagos por los reporteros de la corte para que tomen la transcripción de una declaración de una deposición, y los gastos envueltos en preparar las exhibiciones para ser presentadas en corte. Yo entiendo que mi acuerdo de pago me debe explicar que cualquier pago de la cantidad recobrada a mi favor está basada en la cantidad neta o la cantidad después de todos los gastos. La cantidad neta significa que se pagara la cantidad basada en lo que queda después de hacer todos los pagos y deducciones que existan. La cantidad total recobrada significa que los gastos a pagar serán basados en el total de la cantidad recuperada antes de hacer cualquier deducción. La cantidad estimada en los gastos debe ser manejada en mi caso como lo describe mi acuerdo de pago de contingencia.



LOS COSTOS POTENCIALES Y PAGOS ESPECIALES A LOS ABOGADOS DE LA PARTE OPOSITORA:

Yo he sido informado y entiendo que la corte o el árbitro en algunas ocasiones ordenan el pago de los gastos de los abogados y los costos a la parte opositora. Yo he sido informado y entiendo que esto puede suceder en mi caso. Yo seré responsable en pagar estos gastos. Yo entiendo que mediante este acuerdo mi abogado proveerá de cómo se hará el pago en contra de la cantidad recuperada a mi favor. Yo entiendo que este acuerdo debe proveer si yo estoy obligado a pagar los gastos de mi abogado y estarán basados en la cantidad recobrada antes o después del pago ordenado por costos y pagos del abogado de la parte opositora.

ABOGADO ASOCIADO:

Yo he sido informado y entiendo que mi abogado en alguna oportunidad puede contratar a otro abogado que lo asista en manejar mi caso. El otro abogado será llamado consejero asociado. Yo entiendo que mi acuerdo de gastos con mi abogado debe de enseñarme como los gastos asociados con el abogado asociado deben de ser manejados.

DERECHOS DE OBLIGACIONES DE REEMPLAZO:

Yo he sido informado y entiendo que otras personas o entidades pueden tener derechos de obligaciones de reemplazo en lo que yo pueda recuperar en mi reclamo. Esto significa el derecho de pagar. Yo entiendo que el derecho de obligaciones de reemplazo puede aparecer en diferentes formas, como cuando una aseguradora o una agencia federal o estatal pagan dinero a favor de mi reclamo, como en situaciones del Medicare, Medicaid compensación del trabajo, seguro de salud medica, seguro de no riesgo, de una persona sin seguro, de un chofer sin seguro, o seguro de una propiedad. Yo entiendo que algunas veces los hospitales, Médicos o un abogado pueden colocar una responsabilidad de pago como prioridad en mi reclamo como la que yo estoy persiguiendo. Derechos de Obligaciones de reemplazo y ordenes de pagos (liens) deben de ser consideradas y proveídos dentro del acuerdo alcanzado por mi abogado. El acuerdo con mi abogado debe de informarme de cualquier derecho de obligación de reemplazo u obligación de pago (liens) que debe de ser pagada por mi abogado del dinero recuperado en mi reclamo o de cualquier otro pago u obligación hecho por mi abogado. Yo estoy obligado (a) a pagar a mi abogado basado (a) en la cantidad que se recobre antes o después del pago de los derechos de obligaciones de reemplazo.

**COMPENSACION ALTERNATIVA PARA EL ABOGADO:**

Yo he sido informado y entiendo que si después de entrar en un acuerdo de pago con mi abogado, yo termino sus servicios como mi representante legal o el de una forma justificada se sale mi caso, Yo estoy obligado a pagar a mi abogado por el trabajo realizado en mi reclamo. El acuerdo de pago debe contener una provisión que explique esa compensación alternativa y como será manejada.

EL CLIENTE RECONOCE HABER RECIBIDO DE ESTE ACUERDO:

Yo reconozco que he recibido una copia completa de este acuerdo

DocuSigned by:

C6A75E0E1260402

9/25/2023

Gloribella Ambriz por fallecido Cuitlahuac Ambriz

FECHA



September 25, 2023

RAMOSLAW

.....**FECHA**



RAMOS LAW CLIENT DISCLOSURE STATEMENT

TYPE OF ATTORNEY FEE AGREEMENTS:

I have been informed and understand that there are several types of attorney fee arrangements: time-based, fixed, contingent, or combinations of these types of fee arrangements. Time based fee arrangements are determined by the amount of time involved, such as so much per hour, day, or week. Fixed fee arrangements are a fee that is based on an agreed amount, regardless of the time or effort involved, or the result obtained. Contingent fee arrangements are defined as an agreed percentage or amount that is payable only upon attaining a recovery, regardless of the time or effort involved. I understand that not all attorneys offer all of these different types of fee arrangements, and I acknowledge that I have the right to contact other attorneys to determine if they may provide such other fee arrangements for my case or matter. After such consideration or consultation, I have elected the fee arrangement set forth in the accompanying fee agreement.

SPECIALLY AWARDED ATTORNEY FEES:

I have been informed and understand that the court, or an arbitrator, may sometimes award attorney fees in addition to the amount of recovery being claimed. I understand that the fee agreement I enter into with my attorney should contain a provision as to how any specially awarded attorney fees will be accounted for and handled.

EXPENSES:

I have been informed and understand that there may be expenses (aside from any attorney fees) in pursuing my claim. Examples of such expenses are: fees payable to the court, the cost of serving process, fees charged by expert witnesses, fees of investigators, fees of court reporters to take and prepare transcripts of depositions, and expenses involved in preparing exhibits. I understand that the attorney is required to provide me with an estimate of such expenses before I enter into an attorney fee agreement and that my attorney fee agreement should include a provision as to how and when such expenses will be paid. I understand that the fee agreement should tell me whether a fee payable from the proceeds of the amount collected on my behalf will be based on the net recovery, or gross recovery. Net recovery means the fee will be paid based on the amount remaining after expenses and deductions. Gross recovery means the fee will be paid based on the total amount of the recovery before any deductions. The estimated amount of the expenses to handle my case will be set forth in the contingent fee agreement.



THE POTENTIAL OF COSTS AND ATTORNEY'S FEES BEING AWARDED TO THE OPPOSING PARTY:

I have been informed and understand that a court or arbitrator sometimes awards costs and attorney fees to the opposing party. I have been informed and understand that should that happen in my case, I will be responsible to pay such an award. I understand that the fee agreement I enter into with my attorney should provide whether an award against me will be paid out of the proceeds of any amount collected on my behalf. I also understand that the agreement should provide whether the fee I am obligated to pay my attorney will be based on the amount of recovery before or after payment of the awarded costs and attorney fees to an opposing party.

ASSOCIATED COUNSEL:

I have been informed and understand that my attorney may sometimes hire another attorney to assist in the handling of a case. That other attorney is called an associated counsel. I understand that the attorney fee agreement should tell me how the fees of associated counsel will be handled.

SUBROGATION:

I have been informed and understand that other persons or entities may have a subrogation right in what I recover pursuing my claim. Subrogation means the right to be paid back. I understand that the subrogation right may arise in various ways, such as when an insurer or a federal or state agency pays money to or on behalf of a claiming party, such as me, in situations such as Medicare, Medicaid, worker's compensation, medical/health insurance, no-fault insurance, uninsured and underinsured motorist insurance, and property insurance. I understand that sometimes a hospital, physician or an attorney will assert a lien (a priority right) on a claim such as the one I am pursuing. Subrogation rights and liens need to be considered and provided for in the fee agreement I reach with my attorney. The fee agreement should tell me whether the subrogation right or lien is being paid by my attorney out of the proceeds of the recovery made on my behalf and whether the fee I am obligated to pay my attorney will be based on the amount of recovery before or after payment of the subrogation right or lien.

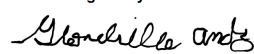
ALTERNATIVE ATTORNEY COMPENSATION:

I have been informed and understand that if, after entering into a fee agreement with attorney, I terminate the employment of my attorney or my attorney justifiably withdraws, I may be obligated to pay my attorney for the work done by my attorney on my behalf. The fee agreement should contain a provision stating how such alternative compensation, if any, will be handled.



CLIENT ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF DISCLOSURE STATEMENT:

I acknowledge that I received a complete copy of this Disclosure Statement and read it.

DocuSigned by:

C6A75F0F1260402...

9/25/2023

Gloribella Ambriz for decedent Cuitlahuac Ambriz

DATE

A stylized, handwritten signature in blue ink, likely belonging to a representative of Ramos Law.

September 25, 2023

RAMOS LAW

DATE



AUTORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SU TRABAJO

Para:

De: Cuitlahuac Ambriz

Fecha de nacimiento: March 14, 1990

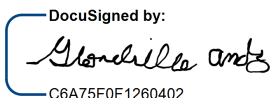
Por medio de la presente se le autoriza entregar a:

Ramos Law
10190 Bannock St., Suite 200
Northglenn, CO 80260

Todos los documentos relacionados con mi expediente de empleo, incluyendo pero no limitado sobre todos mis revisiones de salario, y evaluaciones internas, W-2's, records de pago, records de tiempo de trabajo, aplicación de empleo, notificaciones personales. Correspondencias, memorándums, records médicos, reclamos sobre compensación del trabajador, etc., en su posesión o bajo su control.

Esta autorización no permite expresamente que usted pueda discutir mi expediente o revelar información verbal o cualquier otra comunicación escrita con ningún otra persona exceptuando con mis abogados The Ramos Injury Firm. Además usted no está autorizado en revelar reportes u opiniones que no estén dentro de mi expediente de trabajo. Usted solamente está autorizado a entregar copias de mi expediente que pertenezcan a mi expediente de empleo.

Una fotocopia de esta autorización servirá como válida si está hecha de la original.

Por: C6A75F0F1260402...

Fecha: 9/25/2023

Gloribella Ambriz por el fallecido Cuitlahuac Ambriz

AUTORIZACION PARA ENTREGAR INFORMACION DE SALUD

Yo mediante la presente autorizo a _____ entregar mi información médica de los records de:

Nombre del paciente: Cuitlahuac Ambriz **Fecha de nacimiento** March 14, 1990 **#SS**

Dirección del paciente: 517 E Trilby RD , Fort Collins, CO. 80525

Fechas Cuando se solicito el tratamiento: _____

Información que debe ser proporcionada (chequee todos los que apliquen a su caso):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sumario de salida | <input type="checkbox"/> Record de emergencia | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones de salida | <input type="checkbox"/> Reportes de rayos X | <input type="checkbox"/> Record de medicinas | <input type="checkbox"/> Papeles de compromiso |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Ordenes del doctor | <input type="checkbox"/> Pruebas de HIV |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Pruebas de EKG/ECG | <input type="checkbox"/> Notas de la enfermera | |
| <input type="checkbox"/> Record operative | <input type="checkbox"/> Notas de terapia | | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Por favor especifique): _____ | | | |

Propósito o necesidad para revelar esta información:

- ☐ Continuar cuidado medico ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Uso propio ☐ Otros _____

Esta información debe ser revelada a:

Ramos Law
10190 Bannock St Suite 200
Northglenn, CO 80260
Telefono: 303-733-6353
Fax: 303-865-5666

Mi negatividad al firmar esta forma no tiene efectos adversos en mi habilidad de recibir servicios de salud, reembolso por servicio, y registrarme en planes de salud o mi elegibilidad para beneficios de cuidado de salud. Sin embargo mi información no debe ser entregada a la parte indicada arriba sin mi firma autorizada.

Yo reconozco que la información revelada mediante esta autorización puede ser sujeta a una re revelación por la persona autorizada y no será protegida por las leyes federales.


Yo tengo el derecho de revocar esta autorización mediante una nota escrita al proveedor de salud mencionado arriba. Yo entiendo que esta acción que he tomado en relación a esta autorización no puede ser cambiada y mi revocación no afectara ninguna de estas acciones.

Esta autorización expira en: _____ o si sucede lo siguiente: _____

(Fecha)
(Si no hay fecha específica, este documento se cancelara en 6 meses)

Yo entiendo que la información en mis records médicos posiblemente incluye información relacionada al tratamiento de abuso de alcohol o drogas, salud mental, enfermedades de transmisión sexual, del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, (sida), enfermedades complejas relacionadas con el sida o el virus humano de inmunodeficiencia (SIDA)

Costos: yo entiendo y estoy de acuerdo que puede haber gastos asociados con mi solicitud en el cumplimiento de las leyes de los derechos de copias.

DocuSigned by:

CGA75F0F1260402...

Firma del paciente

Fecha

*si está firmado por un representante personal a descripción del acto de la autoridad representativa es conocida:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Guardián legal | <input type="checkbox"/> Poder de abogado cuidado de salud |
| <input type="checkbox"/> Administrador | <input type="checkbox"/> Representante legal | <input type="checkbox"/> Heredero <input type="checkbox"/> Beneficiario |

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

I hereby authorize _____ **to**
release medical information from the records of:
(Name of Facility)

Patient Name: Cuitlahuac Ambriz

D.O.B. March 14, 1990

SS#

Patient Street Address: 517 E Trilby RD **City:** Fort Collins **State:** CO **Zip Code:** 80525

Date(s) of Treatment Requested: _____

Information to be disclosed (check all applicable items to be released):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> ER Record | <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Treatment Plans |
| <input type="checkbox"/> Discharge Instructions | <input type="checkbox"/> X-Rays Reports | <input type="checkbox"/> Medication Records | <input type="checkbox"/> Commitment Papers |
| <input type="checkbox"/> History and Physical | <input type="checkbox"/> Lab Reports | <input type="checkbox"/> Doctor's Orders | <input type="checkbox"/> HIV Testing |
| <input type="checkbox"/> Consultations | <input type="checkbox"/> EKG/ECG Tests | <input type="checkbox"/> Nurse's Notes | |
| <input type="checkbox"/> Operative Report | <input type="checkbox"/> Therapy Notes | | |
| <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ | | | |

Purpose Or Need For the Disclosure Is:

- ☐ Continued Medical Care ☐ Insurance ☒ Legal ☐ Patient's Own Use ☐ Other _____

The Information May Be Disclosed To:

Ramos Law
10190 Bannock St., Suite 200
Northglenn, CO 80260
PH: (303) 733-6353
FX: (303) 865-5666

My refusal to sign this form will not adversely affect my ability to receive health care services, reimbursement for services, and enrollment in a health plan or my eligibility for health care benefits. However, information will not be released to the above-indicated recipient without my signature.

I acknowledge that the information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Federal Law.

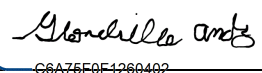
I have the right to revoke this authorization by written notice to the Healthcare Provider listed above. I understand that actions taken in reliance on this authorization cannot be reversed, and my revocation will not affect those actions.

This authorization expires on: _____ or upon the following event: CASE SETTLEMENT
(Date)

(If no date is specified, this authorization will expire in six months from the date of signature).

I understand that the information in my medical record may include information relating to treatment of drug or alcohol abuse, mental health, sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), AIDS related complex (ARC) and/or human immunodeficiency virus (HIV).

Fees: I understand and agree that there may be costs associated with this request in compliance with State copying laws.


C6A75F0F1260402...
(Signature of Patient or Personal Representative*) (Date of Signature)

* If signed by a personal representative, a description of the representative's authority to act is as follows:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Legal Guardian | <input type="checkbox"/> Health Care Power of Attorney |
| <input type="checkbox"/> Administrator | <input type="checkbox"/> Executor of Estate | <input type="checkbox"/> Next of Kin |
| | | <input type="checkbox"/> Beneficiary |

PODER LIMITADO DEL ABOGADO

Este instrumento constituye la certificación para el abajo firmante que los abogados de The Ramos Injury Firm están autorizados de endorsar, sin ninguna restricción, todos los cheques, borradores o cualquier otro instrumento pagable para el abajo firmante solamente en relación de las lastimaduras que puedan derivar del accidente de Intake_CaseIntakeData_DateOfIncident_Intake_10_1 August 20, 2022.


Este instrumento le permite en el futuro el poder a los abogados de Ramos Law de endorsar, por abajo firmante a su favor y yodos los documentos necesarios para conseguir en su reclamo legal que puedan derivar del accidente de August 20, 2022Intake_CaseIntakeData_DateOfIncident_Intake_10_1.

Usted, el banco, o su unión de crédito no necesitan requerir sobre ninguna circunstancia sobre la expedición, endorsa miento uso de cualquier instrumento firmado de acuerdo con la autoridad legal o la disposición de este instrumento o de los procesos específicos en adelante.

Este documento específicamente firmado a mano como forma de la firma que pueda utilizar por esta agencia.



Abogado

DocuSigned by:

C6A75F0F1260402...

(firma)

Gloribella Ambriz por el fallecido Cuitlahuac Ambriz
(escriba en letras)

Hecho efectivo hoy _____ día de _____ del 2023

Estado _____)

) ss.

Condado _____)

Presentado y jurado ante mi por _____, este _____ Día de _____, Del 2023. Como testigo mi firma y mi sello oficial.

Notario Público

Mi comisión expira_____

LIMITED POWER OF ATTORNEY

This instrument constitutes certification by the undersigned that Attorneys of Ramos Law are authorized to endorse, without restriction, all checks, drafts or other negotiable instruments payable to the undersigned only in relation to the injuries arising from the incident of August 20, 2022.


This instrument further empowers Attorneys of Ramos Law to endorse, on the undersigned's behalf, any and all documents necessary to pursue their legal claim arising from the incident of August 20, 2022.

You, the bank or credit union, shall not be required to inquire as to any circumstances of the issuance, endorsement, or use of any instrument signed in accordance with the foregoing authority or the disposition of such instrument or the proceeds thereof.

The following is a specimen of the handwriting and form of the signature to be used by said agent.



Attorney

DocuSigned by:

C6A75F0F1260402...

(sign)

Gloribella Ambriz for decedent Cuitlahuac Ambriz

(print)

STATE OF COLORADO)
) ss.
COUNTY OF)

The foregoing Authorization to Release Insurance Files was subscribed and sworn to before me by _____ on this ____ day of _____, 2023.

Witness my hand and official seal.

My commission expires: _____.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR ARCHIVOS DE LA ASEGURANZA

PARA: _____

Yo autorizo con esta a cualquier miembro de la firma legal de Ramos Law, 10190 Bannock Street, Ste. 200, Northglenn, Colorado, 80260 para que reciba una copia del archivo completo del seguro y que se refiere a mi solicitud de un seguro, reclamos hechos o beneficios pagados a, por o a nombre mío.

NOMBRE: Cuitlahuac Ambriz

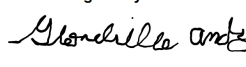
FECHA DE NACIMIENTO: March 14, 1990

NUMERO SEGURO SOCIAL:

Al ejecutar esta Autorización, yo específicamente renuncio a cualquier privilegio o comunicación confidencial entre mi persona y esas compañías de seguro, pero esta renuncia es solamente con el propósito de autorizar la firma legal para obtener esta información y no cualquier otra persona u organización.

Usted puede tratar una fotocopia de esta autorización como un original ejecutado para todos los fines o propósitos.

DocuSigned by:



66A75F0F4260402...

Gloribella Ambriz por el fallecido Cuitlahuac Ambriz

9/25/2023

Fecha

AUTHORIZATION TO RELEASE INSURANCE FILES

TO: _____

I hereby authorize any member of the law firm of Ramos Law, 10190 Bannock Street, Ste. 200, Northglenn, Colorado, 80260 to receive a copy of the entire insurance file pertaining to any applications for insurance, claims made or benefits paid to, by or on my behalf.


NAME: Cuitlahuac Ambriz

DATE OF BIRTH: March 14, 1990

SOCIAL SECURITY NO.:

In executing this Authorization, I specifically waive any privilege or confidential communication between myself and such insurance companies, but this waiver is solely for the purpose of authorizing the above law firm to obtain this information and no other person or organization.

You may treat a photocopy of this Authorization as a duly executed original for all purposes.

DocuSigned by:


C6A75F0F1260402...
Gloribella Ambriz for decedent Cuitlahuac Ambriz

9/25/2023

Date

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) son agencias Federales que supervisan el programa de Medicare. Muchos de los beneficiarios de Medicare tienen otros tipos de seguros en adición a los beneficios de Medicare. Algunas veces, Medicare supone pagar después que los otros seguros. Como sea, si los otros Seguros retrasan sus pagos Medicare posiblemente haga pagos condicionales para no causar inconvenientes al beneficiario y luego recobra sus pagos después que el seguro paga.

Sección 111 de Medicare, Medicaid y SCHI Extensión Acta de 2007 (MMSEA), en una nueva ley Federal que se hizo efectiva desde Enero 1, 2009 requiere que los asegurados con seguros de liability, personas sin seguro, y trabajadores con compensación del trabajo, planes con reportes con información específica acerca de los beneficiarios que tengan otros tipos de cobertura de seguro. Este reporte de hace para asistir a CMS y a otros planes de seguro para coordinar apropiadamente los pagos de los beneficios con estos planes y de esta manera su reclamo es pagado de una forma rápida y correcta.

Nosotros le pedimos a usted responder las preguntas de abajo en esta página para que nosotros cumplamos con esta ley.

Sección 1

Esta usted actualmente inscrito o alguna vez estuvo escrito en el plan Medicare? ☐ SI ☐ NO

Si es si por favor complete lo siguiente y si es no proceda con la sección II

Nombre Completo (escriba su nombre igual como aparece en su seguro social o su tarjeta de Medicare

Numero de reclamo de Medicare _____ Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____

Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____ Sexo ☐ Femenino ☐ masculino


Sección 2

Yo entiendo que la información requerida es para asistir a los requerimientos del seguro para coordinar los beneficios exactos con el Medicare y para cumplir las obligaciones mandatorias dentro de las leyes de Medicare.

Nombre del Reclamante

Numero Del Reclamo

Nombre de la persona que completo esta forma si el reclamante no esta disponible

DocuSigned by:

C6A75F0F1260402...

9/25/2023

Firma de persona que completo esta forma

Fecha

Si usted ha completado las secciones 1 y 2 pare aquí. Si usted se niega a proveer la información en las secciones 1 y 2 proceda a la sección 3.


Sección 3

Nombre del Reclamante

Numero Del Reclamo

Por las razones escritas abajo yo no he proveído la información requerida. Yo entiendo que yo soy un beneficiario de Medicare y no proveo la información requerida, yo estaría violando mis obligaciones como beneficiario para asistir a medicare a coordinar mis beneficios para pagar mi reclamo pronto y correcto.

Razones para negar los requerimientos de la información requerida:


DocuSigned by:

C6A75F0F1260402...

9/25/2023

Firma de la persona que completo esta forma

Fecha

Section 111 of the Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act of 2007 (MMSEA), a federal law that became effective January 1, 2009, requires that liability insurers (including self-insurers), no-fault insurers, and workers' compensation plans report specific information about Medicare beneficiaries who have other insurance coverage. This reporting is to assist CMS and other insurance plans to properly coordinate payment of benefits among plans so that your claims are paid promptly and correctly.



MEDICARE HEALTH INSURANCE

Name/Nombre
JOHN L SMITH

Medicare Number/Número de Medicare
1EG4-TE5-MK72

Entitled to/Con derecho a
HOSPITAL (PART A)
MEDICAL (PART B)

Coverage starts/Cobertura empieza
03-01-2016
03-01-2016

[illegible]

**** Note:** If you are uncomfortable with providing your full Social Security Number (SSN), you have the option to provide the last 5 digits of your SSN in the section above.

Section II

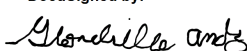
I understand that the information requested is to assist the requesting insurance arrangement to accurately coordinate benefits with Medicare and to meet its mandatory reporting obligations under Medicare law.

Claimant Name (Please Print)

Medicare Number

Name of Person Completing This Form If Claimant is Unable (Please Print)

DocuSigned by:



9/25/2023

C6A75F0F1260402...

Signature of Person Completing This Form**Date**

If you have completed Sections I and II above, stop here. If you are refusing to provide the information requested in Sections I and II, proceed to Section III.

Section III

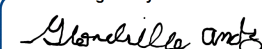
Claimant Name (Please Print)

Medicare Number

For the reason(s) listed below, I have not provided the information requested. I understand that if I am a Medicare beneficiary and I do not provide the requested information, I may be violating obligations as a beneficiary to assist Medicare in coordinating benefits to pay my claims correctly and promptly.

Reason(s) for Refusal to Provide Requested Information:

DocuSigned by:



9/25/2023

C6A75E0E1260402

Signature of Person Completing This Form**Date**

04/30/2018

RAMOS LAW

INJURY DIVISION

En la firma de abogados The Ramos Injury Firm trabajamos en equipo. Varias personas en nuestra firma están familiarizadas con su caso. Esto ayuda mucho porque cualquier situación que se pueda presentar con la compañía de seguro que solicite información acerca de su lastimadura y nuestra presentación, es por esto que siempre habrá un miembro de nuestro equipo disponible para ayudar a contestar cualquier pregunta.

Después de nuestra primera reunión, usted casi siempre hablara con uno de nuestros representantes legales sobre asuntos básicos. Ellos contestaran sus llamadas y estarán en comunicación en caso de que usted tenga alguna pregunta para los abogados en nuestras reuniones semanales. Ellos también estarán sus records, organizando sus expedientes, y tendrán el cuidado con los problemas básicos que se puedan presentar mientras nosotros seamos responsables de su caso. **Es por esta manera por favor que usted debe de esperar llamadas telefónicas de nosotros para que nos asista en preparar su expediente.**

Las responsabilidades de nuestros abogados en The Ramos Injury Firm primordialmente son:

- Los asuntos médicos y explicar estos a los ajustadores; y
- Los asuntos legales cuando llegue el momento de hacer acuerdos o preparar el expediente para ir a corte.
- En sumario, nosotros sabemos lo que los clientes prefieren, que los abogados en The Ramos Injury Firm estén enfocados únicamente en los aspectos complejos de su caso legal. Esto es lo que hace la diferencia en el momento de un acuerdo.

Información completa del equipo



OUR TEAM APPROACH

At Ramos Law we work as a team. Several people in our Firm will be familiar with your case and working for you. There is always someone here to handle anything that comes up or needs to be done for you.

Once you hire us, you will hear from your team often. You will hear from your paralegal every 3 weeks and your attorney every month. We will provide a first-class service experience for you while we are working for outstanding medical and legal results.

Dr. Ramos and Managing Partner Randal Manning and the rest of our team are always here if you ever need to chat or meet with us. Please do not hesitate to contact us at any time.

Joseph Ramos, MD, JD
Founding Attorney/Director – Medical Division
joe@ramoslaw.com
303-733-6353

Brian Calandra
Senior Partner
brian@ramoslaw.com
720-842-7626

Randal Manning
Managing Partner
randal@ramoslaw.com
720-733-6353

Dr. James Hoven
Chief Operations Officer
jim@ramoslaw.com
720-580-8306

Meghan Stephenson
Senior Paralegal
meghan@ramoslaw.com
720-536-4371

Joe LoRusso
Director – Aviation Division
jlorusso@ramoslaw.com
720-580-8305

Russell Araya
Attorney
Russell@ramoslaw.com
720-580-8309

Preguntas que se hacen con frecuencia

Como parte del cuidado de miles de personas por muchos años, nuestros socios han reconocido en muchas aéreas donde nuestros clientes frecuentemente tienen pregunta. En un esfuerzo para estar seguro que todas las preguntas sean contestadas, esperamos que los próximos tips puedan ayudar.

- **Yo tengo que pagar algo de dinero para iniciar mi caso?**

Nosotros manejamos casi todos los casos basados en gastos de contingencia que significa que nosotros no cobramos por nuestros servicios hasta que su caso no sea finalizado. Nosotros les explicaremos por completo los gastos y costos mediante un acuerdo que usted hace con nuestra firma cuando comenzamos a ser sus representantes legales en su reclamo.

- **Que sucede si el otro chofer no tiene seguro?**

En esta situación el otro chofer es un chofer no asegurado. Nosotros tenemos que figurar una cantidad para los choferes sin seguro que sea aplicable bajo cualquier póliza de los automóviles, para que esta manera usted pueda recibir compensación de esas compañías de seguro.

- **Cuando mi caso por lastimaduras está pendiente, quien pago de su bolsillo los gastos?**

Porque nosotros representamos a los clientes con lastimaduras personales basados en gastos de contingencia, nosotros pagamos el dinero por todos los gastos legal incurridos durante nuestra representación mientras el caso está pendiente. Si y cuando su caso llega a una conclusión final, la cantidad de dinero que la firma a gastado es descontado de la recuperación de su pago final. Su tratamiento medico no es un gasto legal.

- **Qué pasa si hay una declaración jurada?**

Cuando su expediente personal por lastimaduras es presentado, el abogado de la defensa es muy seguro que quiera tomar su declaración. Una declaración es el proceso donde los abogados de la defensa le hacen preguntas a usted acerca del accidente, y sus repuestas son grabadas. Usted jura decir la verdad antes de contestar su pregunta. Una declaración normalmente es hecha en un cuarto de conferencia. Más tarde si usted da su testimonio, sus respuestas son comparadas con su testimonio o declaración y el abogado de la defensa le hará preguntas en caso de que haya algunas inconsistencias en sus respuestas.

- **Cuando mi caso puede llegar a un acuerdo?**

Nosotros no podemos comenzar a negociar seriamente su caso hasta que su tratamiento médico no haya concluido. Su primera preocupación debe ser cumplir las órdenes de los doctores hasta que usted se sienta mejor. Después de su tratamiento médico nosotros reuniremos toda la información necesaria para comenzar a negociar seriamente con la compañía de seguro. Algunas veces estas negociaciones pueden durar algunos meses. Nosotros trataremos de mantener lo informado mientras podamos llegar a un acuerdo lo mas rápido posible.



Documentos Importantes

Que The Ramos Injury Firm necesita para servirle mejor!

1. Reporte del accidente e información de los testigos.
2. Una copia completa del seguro de su auto (póliza en efecto al momento del accidente) incluyendo la pagina de declaración (una lista de los montos de cobertura). También copias de cualquier póliza de auto de cualquier familiar que viva con usted al momento del accidente.
3. CUALQUIERA o TODAS las cartas de CUALQUIER compañía de seguro y cualquier información de estas compañías.
4. Cualquier record medico que usted tenga de un proveedor de tratamiento y/o de un hospital (ejemplo: reporte de salón de emergencias o reporte de la ambulancia) relacionado con este accidente. Por favor también traiga cualquier frasco de medicinas copias de las formas prescritas asociadas con este accidente.
5. Nombre, dirección, número de teléfono, de todos los servicios médicos que le están ofreciendo tratamiento por este accidente.
6. Cualquier recibo y todos los gastos, incluyendo recibos médicos que usted ha pagado.
7. Cualquier nota o diario que usted ha mantenido con relación al accidente y su tratamiento.
8. Cualquier fotografía relacionada con el accidente y sus lastimaduras.
9. Una copia de su póliza de seguro de vida y su tarjeta (por delante y por detrás).
10. Una copia de cualquier póliza de discapacidad que usted tenga.



SERVICIOS ESÉNCIALES

Nombre de Cliente:

Fecha	Servicios ofrecidos	Horas por día	Total de pagos por servicios

Nombre del proveedor de servicios esenciales ofrecidos:_____

Firma del proveedor de servicios esenciales ofrecidos:_____

Fecha:_____



Control De Millage

Fecha	Doctor/Lugar	Total de millas

EL SIGNIFICADO DE SUS LASTIMADURAS....

A pesar de la mala reputación de los ajustadores de las compañías de seguro, yo he encontrado que después que ellos entienden los efectos reales de las lastimaduras de los pacientes, ellos tratan de ofrecer un acuerdo razonable.

Por favor con su asistencia podemos ayudar a los ajustadores de las compañías de seguro a que entiendan sus lastimaduras completando la siguiente tabla. Si Usted quiere escribir a máquina sus respuestas dentro de la tabla, por favor siéntase libre de hacerlo. También, Si Usted quiere escribir a mano sus respuestas dentro de la tabla, por favor siéntase libre de hacerlo en una pagina de papel por separado.

LASTIMADURAS FISICAS	PROBLEMAS COMO RESULTADO DE SUS LASTIMADURAS	QUE LE AYUDA A SENTIRSE MEJOR?
<i>Ejemplo:</i> <ul style="list-style-type: none"> Lastimadura en su cuello 	<i>Dolor, Rigidez, problemas para dormir, no puede salir a caminar con su esposo, se siente irritable con su familia.</i>	<i>Ahora tengo que utilizar medicamentos diariamente.</i>