



**AVISO DE GRAVAMEN DE PROVEEDOR**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Fecha de la lesión: \_\_/\_\_/\_\_

No he obtenido asesoría legal (ningún abogado me representa)

Nombre del abogado(a) \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora de vehículos: \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza:  Ser -O- Nombre de Titular de la Póliza : \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Reclamo#: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizo la entrega a mi abogado(a) de toda la información protegida de mi salud que esté en posesión de Premier Mountain Imaging Center, incluso informes, imágenes y registros de facturación. Por este medio exoneró a Premier Mountain Imaging Center y a su personal de cualquier y toda responsabilidad civil que pueda derivarse del cumplimiento de la solicitud de entrega de información médica. Entiendo que es posible que la información en mis registros médicos podría ser revelada a terceros por quienes la reciben. Este consentimiento vencerá cuando se resuelva el caso. He dado me consentimiento libre y voluntariamente y sin coerción alguna. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando dé aviso por escrito a tal efecto a la corporación profesional Premier Mountain Imaging Centers. Entiendo que cualquier entrega de información que haya sido hecha en cumplimiento de esta autorización, antes de mi revocación, no constituirá una violación de mis derechos a la confidencialidad. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización, es considerada aceptable en lugar del original.

Por este medio autorizo y doy instrucciones a usted, mi abogado(a) para que: (1) retenga, del ingreso proveniente de cualquier resolución, sentencia o veredicto derivado del accidente, una cantidad igual a cualquiera y todas las sumas que yo debo a Premier Mountain Imaging Centers por los servicios médicos que me fueron proporcionados por Premier Mountain Imaging Center y (2) pague tales sumas directamente a Premier Mountain Imaging Center. Por este medio reconozco que Premier Mountain Imaging Centers me ha proporcionado y/o me proporcionará servicios médicos como resultado de dicha lesión. Asimismo, por este medio otorgo un gravamen en mi caso a Premier Mountain Imaging Center sobre cualquier y todos los ingresos derivados de la resolución, sentencia o veredicto, los cuales podrían ser pagados ya sea a usted, mi abogado(a) o a mi, como resultado de las lesiones por las cuales he recibido tratamiento u otras lesiones asociadas con dicho accidente.

Entiendo completamente que yo soy directa y exclusivamente responsable ante Premier Mountain Imaging Center por todas las facturas médicas presentadas por servicios que me sean proporcionados, independientemente de que yo obtenga o no cualquier resolución, sentencia o veredicto como resultado del accidente.

Al firmar y devolver este formulario, entiendo que si mi abogado(a) no desea cooperar en la protección de los intereses del proveedor médico, Premier Mountain Imaging Centers no concederá plazo para recibir el pago y puede declarar que el saldo completo se debe y es pagadero inmediatamente. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización es considerada aceptable en lugar del original. Por favor firme, feche y devuelva una copia a Premier Mountain Imaging Centers y guarde una copia para sus archivos.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El suscrito, siendo el abogado oficial del paciente arriba mencionado, por este medio accede a observar todos los términos indicados arriba acerca del pago a Premier Mountain Imaging Center del ingreso proveniente de cualquier resolución, sentencia o veredicto.

Por favor envíe por correo electrónico o fax el formulario de gravamen firmado a: [scheduling@pmicaz.com](mailto:scheduling@pmicaz.com)