



AVISO DE GRAVAMEN DE PROVEEDOR

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Fecha de la lesión:** ___/___/___

Nombre del abogado(a): _____		Nombre de la empresa: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
Teléfono: _____		Fax: _____ Correo electrónico: _____	
Compañía aseguradora de vehículos: _____		Nombre del ajustador: _____	
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 SimonMed Imaging, incluso informes, imágenes y registros de facturación. Por este medio exonero a SimonMed Imaging 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 mi 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 SMI Imaging, LLC, SimonMed Imaging, Inc. o SimonMed Imaging (colectivamente, SimonMed Imaging). 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 SimonMed Imaging por los servicios médicos que me fueron proporcionados por SimonMed Imaging; y (2) pague tales sumas directamente a SimonMed Imaging. Por este medio reconozco que SimonMed Imaging 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 SimonMed Imaging 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 mí, 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 SimonMed Imaging 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, SimonMed Imaging 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 SimonMed Imaging y guarde una copia para sus archivos.

Fecha: _____
Firma del paciente

Fecha: _____
Firma del abogado

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 SimonMed Imaging del ingreso proveniente de cualquier resolución, sentencia o veredicto.

Por favor envíe por correo electrónico o fax el formulario de gravamen firmado a: Attorney@simonmed.com

WEST COAST
Phone: 602-749-8599
Fax: 602-302-5810

FLORIDA
Phone: 407-250-0947
Fax: 407-475-6810