

OpenSided MRI
Red Rock Diagnostics, LLC - Gravamen

Información Firm Attorney

Información del Paciente

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

SSN#: _____

DOB: _____

Teléfono: _____

Accidente Fecha: _____

Por la presente autorizo a Red Rock Diagnostics LLC, para que proporcione al portador señalado arriba y/o a la compañía de seguros, todos los registros relativos al accidente / lesión por el que estoy recibiendo o he recibido tratamiento en Open Sided MRI con fecha de inicio _____ . (Fecha del servicio)

Por la presente autorizo y ordeno a mi abogado y/o compañía de seguros, para que pague directamente a Red Rock Diagnostics LLC las cantidades que se le audeden por los servicios que me han sido prestados tanto a causa de este accidente como a causa de cualesquiera otras facturas que se les deban, así como a retener tales sumas ante cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que pudiera pagársele a mi abogado, a mí mismo, a cualquier individuo en mi nombre y/o a la compañía de seguros, como sea necesario para proteger y saldar adecuadamente mi cuenta con **Red Rock Diagnostics LLC** por los servicios prestados en **OpenSided MRI**. Por la presente concedo derecho de retención sobre mi caso a **Red Rock Diagnostics LLC** sobre toda ganancia proveniente de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que pudiera pagársele a mi abogado, a mí mismo, a cualquier individuo en mi nombre y/o a la compañía de seguros, como resultado de las lesiones por las cuales he sido tratado en relación con lo expuesto.

Me comprometo a no rescindir nunca este documento y a que la rescisión no sea cumplida por mi abogado. Por la presente ordeno que, en caso de que otro abogado sea asignado a este asunto, el nuevo abogado honre este gravamen como algo inherente al acuerdo y de obligado cumplimiento en el caso como si hubiera sido ejecutado por él.

Comprendo que soy directa y totalmente responsable ante Red Rock Diagnostics LLC por todas las facturas enviadas por el servicio que me fue prestado por Open Sided MRI y que este acuerdo se realiza únicamente como protección adicional y en consideración a la espera del pago. Entiendo además, que dicho pago no está supeditado a ningún acuerdo, sentencia o veredicto por el cual yo pueda finalmente recuperar dicho pago.

Los intereses de este gravamen son del 18% anual, y empiezan a contar a partir de los 30 días siguientes a la fecha de pago del acuerdo, sentencia o veredicto en relación con los servicios prestados por **OpenSided MRI** y adquiridos por **Red Rock Diagnostics LLC**.

Renuncio a la prescripción en relación al derecho de recuperación por parte de Red Rock Diagnostics LLC.

Queda entendido y convenido que las copias de este gravamen tendrán la misma fuerza y efecto que el original.

Fecha _____

Firma del paciente _____

El abogado del caso abajo firmante y/o la compañía de seguros abajo firmante del paciente anteriormente indicado, acuerdan por la presente observar todos los términos anteriores para retener tales sumas ante cualquier acuerdo, sentencia o veredicto como sea necesario para proteger adecuadamente a Red Rock Diagnostics LLC y a dispersar tales sumas según el gravamen.

Fecha _____

Firma del paciente _____

Red Rock Diagnostics, LLC
P.O Box 26119
Las Vegas, NV 89126
Fax: 702-362-5132

** Por favor, firmar, fechar y devolver a: **