

AVISO DEL DOCTOR SOBRE EL DERECHO DE RETENCION

Abogado: _____

Doctor: Mark C.Campbell, D.C.
206 S. Placentia Avenue.
Placentia, CA 92870
(714) 572-8777

Paciente: _____

Fecha del Accidente: _____

Por este medio autorizo al doctor mencionado arriba a que les provea a Usted, mi abogado, con un reporte completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., de mi persona con referencia al accidente en el cual estuve envuelto recientemente.

Por este medio autorizo y le pido a Usted, mi abogado, a que le pague a dicho doctor tales sumas pendientes las cuales se les deba a el/ella por el servicio médico que se me dió por razones del accidente y por razón de otras cuentas las cuales se deben a su oficina y que retengan tales sumas de cualquier arreglo, juicio o veredicto a como sea necesario para proteger adecuadamente a dicho doctor. Y por este medio doy retención de mi caso a dicho doctor contra cualquier resultado de cualquier arreglo, juicio o veredicto el cualle será pagado a Usted, mi abogado, o a mi persona como resultado de las lastimaduras por las cuales se me ha tratado o lastimaduras en conexión con la misma.

Estoy de acuerdo en nunca anular este documento y el que una anulación no será aceptada por mi abogado. Por este medio digo que en dado caso algun otro abogado sea substituido por esta causa, el nuevo abogado le dé a esta retención caso inherente a el arreglo y lo termine como si fuera ejecutado por el o ella.

Entiendo que soy directamente y completamente responsable hacia dicho doctor por todos los beneficios médicos o cirurgicos, incluyendo mayores servicios médicos, sometidos por el/ella por los servicios dados a mi persona y que este acuerdo es hecho solamente para dicha protección adicional médica. También comprendo que dicho pago no es contingente a cualquier arreglo, juicio o veredicto por el cual yo recobre dicha suma. Si esta cuenta es asignada a colección o a una demanda, los gastos de colección o interés, y/o honorarios de abogado, y/o gastos de la corte serán agregados a el total de la deuda.

Sirvase Usted acusar recibo de esta carta firmando abajo y regresandola a la oficina del doctor. Se me ha avisado el que si mi abogado no desea cooperar en la protección del doctor, el doctor no esperará pago sino que declarará vencida la deuda totala cual debera ser pagada.

Fecha _____

Firma del Paciente

ACKNOWLEDGEMENT OF ATTORNEY

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, judgement or verdict, as may be necessary to adequately protect and fully compensate said doctor above-named. Any settlement of this claim without honoring this assignment/lien will cause you to be responsible to this office for payment. The attorney further agrees in that in the event this Lien is litigated that the prevailing party will be awarded attorney fees and costs.

Dated _____

Attorney's Signature

Please date, sign and return to doctor's office.