



Coastal Pain and Spinal Diagnostics Medical Group

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009
p(760) 753-7127 f(760) 334-0399 www.CoastalPainGroup.com

Autorización y Gravamen

Abogado: _____

Paciente: _____

Fecha de la lesión: _____

Autorizo a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. a realizar o hacer que se realicen tales exámenes y / o pruebas y a brindar dicho tratamiento y prescribir dicho medicamento. Entiendo que el tratamiento brindado por Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. está bajo la discreción de sus proveedores y sus habilidades profesionales para ayudar con la recuperación, pero dicha recuperación no puede garantizarse y que dicho médico / asistente médico no puede ser responsable por el riesgo normal al asistir a un examen o tratamiento médico.

Además, autorizo y ordeno a mi médico / asistente médico que proporcione a mi abogado informes médicos detallados sobre mis lesiones y una declaración detallada de los cargos incurridos como resultado de mi accidente.

Además, autorizo e instruyo a mi abogado para que retenga mi parte de los ingresos de cualquier acuerdo de recuperación, para pagar directamente a mi médico la suma debida y adeudada a dicho médico por todos los servicios médicos prestados a mí, ya sea por razón del accidente anterior e otras razones. A dicho médico se le otorga un gravamen sobre mi cliente, demanda o recuperación por dicha suma.

Entiendo que sigo siendo directamente responsable ante dicho médico por sus honorarios por los servicios médicos que me hayan prestado, y que mi obligación de pagar los honorarios médicos no está supeditada a la recepción de ningún acuerdo o recuperación de las partes responsables del accidente anterior.

Renuncio al Estatuto de Limitaciones con respecto a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. derecho a recuperarme.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____