

**Doctor's Lien and Assignment of Right to Payment
(Gravamen del medico y asignación del derecho al pago.)**

Patient (Paciente): _____

Date of Injury(Fecha de Herida): _____

Date of Service: _____

Our File #: _____

I hereby authorize Universal Imaging Center to furnish you, my attorney, with a full report of his examination, diagnosis, treatment, prognosis, etc., of myself in regard to the accident in which I was recently involved. (Por la presente autorizo al Universal Imaging Center a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., de mí mismo con respecto al accidente en el que estuve involucrado.)

I hereby authorize and direct you, my attorney, to pay directly to said doctor such sums as may be due and owing him for medical services rendered me both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due his office and withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect said doctor. I hereby further on my case to said doctor against any and all proceeds of my settlement, judgment or verdict which may be paid to you, my attorney, as the result of the injuries for which I have been treated or injuries in connection therewith. (Por la presente le autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a dicho médico las sumas que le correspondan y que lo posea por los servicios médicos que me prestaron ambos en razón de este accidente y en razón de cualquier otro recibo que deba pagarle y retenerlo. tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sean necesarios para proteger adecuadamente a dicho médico, Continuamente en mi caso a dicho doctor contra cualquier producto de mi acuerdo, fallo o veredicto que pueda ser pagado a usted, mi abogado, como resultado de las lesiones por las cuales he sido.)

I agree never to rescind this document and that a rescission will not be honored by my attorney. I hereby instruct that in the event another attorney is substituted in this matter, the attorney honor this lien as inherent to the settlement and enforceable upon the case as if it were executed by him. (Estoy de acuerdo en no rescindir este documento y que mi abogado no cumplirá con la rescisión. Por la presente, doy instrucciones de que, en caso de que se sustituya a otro abogado en este asunto, el abogado respete este derecho de retención como inherente al acuerdo y ejecutable en el caso como si fuera ejecutado por él.)

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all medical bills submitted by him for services rendered me and that this agreement is made solely for said doctor's additional protection and in consideration of his awaiting payment. And further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee. Services rendered to me and this agreement is solely for Universal Imaging Centers' additional protection. I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee. (Entiendo completamente que soy responsable directa y directamente con dicho médico de todas las facturas médicas presentadas por él por los servicios prestados a mí y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional de dicho médico y en consideración de su pago pendiente. Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa. Los servicios prestados a mí y este acuerdo son exclusivos para la protección adicional de Universal Imaging Centers. Además, entiendo que dicho pago no está sujeto a ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.)

Please acknowledge this letter by signing below and returning to the doctor's office. I have been advised that if my attorney does not wish to cooperate in protecting the doctor's interest, the doctor will not await payment but will require me to make payments on a current basis. (Por favor, reconozca esta carta firmando a continuación y regresando a la oficina del doctor. Se me ha informado que si mi abogado no desea cooperar para proteger los intereses del médico, el médico no esperará el pago sino que me exigirá que realice los pagos de forma corriente.)

Patient's Signature (Firma del Paciente)

Date (Fecha)

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, judgment or verdict as may be necessary to protect Universal Imaging Center at the time settlement funds are received by me. In the event that this case is transferred to another attorney, the undersigned attorney agrees to give notice of this lien and assignment of right to payment to any such new attorneys. (El abajo firmante, que es el abogado registrado del paciente anterior, acuerda observar todos los términos de lo anterior y acuerda retener tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sea necesario para proteger el Centro de Imágenes Universales en el momento en que se liquiden los fondo este caso sea transferido a otro abogado, el abogado abajo firmante acuerda notificar este gravamen y la cesión del derecho de pago a dichos nuevos abogados.)

Attorney's Signature

Date