

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Lugar del accidente: _____

Fecha del accidente: _____

¿Dónde estabas sentado?

Conductor Derecha frente

Izquierda trasera Derecha trasera

¿Dónde fue golpeado tu auto?

Atrás Frente

Impacto lateral Otro _____

¿De qué lado fue golpeado tu auto?

Izquierdo Derecho

Otro _____

¿Perdiste el conocimiento? Sí No

¿Se desplegaron las bolsas de aire? Sí No

¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad? Sí No

¿Se han tomado radiografías (X-ray), tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI)? Sí No

¿Se presentó un informe policial y quién fue el culpable? _____

¿Qué síntomas tenía **después** del accidente/lesión? _____

¿Cuál fue su tratamiento **el día** del accidente/lesión? _____

¿Cuál ha sido su tratamiento **desde** el accidente/lesión? _____

¿Qué médicos ha visto con respecto a este accidente/lesión? _____

¿Padece actualmente de algún síntoma? (Comience con la peor queja) _____

¿Sus síntomas han mejorado o empeorado desde el accidente/lesión? _____

¿Existía alguno de sus síntomas actuales antes del accidente? Sí No (por favor describa) _____

En caso afirmativo, ¿cómo son diferentes los síntomas? _____

¿Cree que estos síntomas están directamente relacionados con el accidente/lesión? _____

¿Ha recibido otros tratamientos para estas mismas áreas en el pasado? Sí No

Si es así, ¿cuáles fueron los tratamientos? _____

Seguro de Automóvil / Información de Abogados

Por favor, proporciónenos información sobre la cobertura del seguro de automóvil (la suya y la persona que lo hirió) y el nombre del abogado y el número de teléfono. Favor de presentar una copia de su tarjeta de seguro de automóvil si está utilizando este seguro.

¿Has contratado a un abogado para este caso? Sí No

En caso afirmativo, favor de proporcionar:

Nombre del abogado: _____ **Teléfono del abogado:** _____

Mi caso esta: actualmente en litigio cerrado y ya no en litigios otro _____

Tengo una copia del informe policial sobre este accidente: Sí No

Med Pay (su cobertura de seguro de automóvil)

Asegurado: _____

Compañía de seguros: _____

Dirección postal: _____

Agente: _____

Teléfono del agente: _____

Numero de póliza (policy #): _____

Cantidad de Med Pay: \$ _____

Numero de reclamo (claim #): _____

Información sobre la cobertura de la persona culpable

Nombre de la persona culpable: _____

Asegurado: _____

Compañía de seguros: _____

Dirección postal: _____

Numero de póliza (policy #): _____

Nombre del ajustador: _____

Teléfono del ajustador: _____

¿Ha presentado una reclamación? Sí No

Numero de reclamo (claim #): _____



**Contrato médico, aviso de asignación y formulario de autorización,
gravamen médico consensual**

Paciente: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha del accidente: _____

Abogado del paciente: _____

Teléfono del abogado: _____

Por la presente autorizo al personal médico de Arizona Pain (“Médico”) a proporcionar a mi abogado, la compañía de seguros de responsabilidad civil, o mi compañía de seguros de salud, un informe completo de todos los registros médicos y facturas sobre la evaluación y el tratamiento de mí mismo en referencia a mi accidente o posible acción legal. Acepto completar cualesquiera autorizaciones adicionales necesarias para divulgar información médica protegida según lo exijan las leyes estatales o federales, incluidas, entre otras, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

Autorizo y ordeno a mi abogado y/o a cualquier compañía de seguros involucradas, que pague directamente al Médico las sumas que se le deben y se deben al Médico por los servicios médicos que se me presten, tanto por este incidente como por cualquier otra factura como informes médicos, conferencias, declaraciones y comparecencias judiciales, que se les debe su oficina, y para retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente al Médico. Además, por la presente asigno al Médico todos y cada uno de los ingresos de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda ser pagado a mi abogado o a mí mismo como resultado de las lesiones por las que he sido tratado o lesiones en relación con el mismo en la medida de mi endeudamiento con el Médico.

Estoy de acuerdo en que, independientemente del resultado de este caso legal, soy total y directamente responsable por el pago de todos los cargos presentados por el Médico por servicios profesionales y otros servicios administrativos requeridos prestados para mi beneficio. Este contrato se hace para la protección del Médico y en consideración del Médico en espera de pago por los servicios profesionales prestados, que el Médico de otro modo así lo aceptaría. Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa. También acepto renunciar a la defensa del estatuto de limitaciones en caso de que sea necesario presentar un reclamo legal en mi contra por esta factura impaga si la factura permanece pendiente más allá del estatuto.

En el caso de que cualquier parte de este contrato y cesión inicie procedimientos legales contra la otra para hacer cumplir los términos del presente, o para declarar los derechos en virtud del presente como resultado de cualquier incumplimiento de cualquier pacto o condición de este contrato y cesión, la parte prevaleciente en dicho procedimiento tendrá derecho a recuperar de la parte perdedora el costo de la demanda, incluyendo los honorarios razonables de abogados según fije el tribunal. Por la presente acuerdo e instruyo que en caso de que otro abogado sea sustituido en este asunto, el nuevo abogado estará sujeto a los términos y condiciones de este contrato y asignación como inherentes al acuerdo y exigibles en el caso como si fuera ejecutado por el nuevo abogado. Para evitar dudas, el Médico es parte de este contrato en virtud de la prestación de servicios profesionales según los términos de este contrato.

Entiendo completamente que si mi cuidado por parte del Médico está sujeta a reembolso por parte de mi(s) compañía(s) de seguro de salud, acepto expresamente que el Médico puede facturar y cobrar la cantidad contractual total de los cargos facturados por los servicios médicos prestados y no está limitado por la cantidad de tarifas que pueden ser pagadas por esas compañías de seguros. Reconozco y acepto específicamente que el Médico puede facturar y cobrar los cargos facturados completos de todas y cada una de las fuentes de pagos involucradas en este caso, incluidos, entre otros, los demandados, las compañías de seguros de salud, la cobertura de pago médico y los acuerdos legales, según correspondan. Finalmente, estoy de acuerdo en que soy personal y totalmente responsable del pago de cualquier saldo restante.

A través de mi firma a continuación, acepto que el Médico, en consideración por los servicios de salud prestados, tiene un gravamen contra todos los acuerdos, juicios y beneficios de seguro que puedan estar disponibles, según lo permitido por la ley de Arizona.

Se me ha informado que si mi abogado no desea cooperar en la protección de los intereses del Médico como se describe en este contrato, entonces el Médico no esperará el pago pero me obligará a hacer los pagos sobre una base actual.

A través de mi firma a continuación, elijo no usar ninguna cobertura potencialmente disponible bajo un seguro de salud o plan de beneficios médicos similar que cubra mis lesiones como asegurado o dependiente.

A través de mi firma a continuación, además permito que el Médico presente un gravamen de conformidad con ARS 33-931 contra cualquier cobertura de seguro de responsabilidad civil derivada de mi lesión que ocurrió en o alrededor de la fecha de la lesión mencionada anteriormente.

A petición del Médico, ya sea yo o mi abogado, proporcionamos al Médico una distribución propuesta del dinero del acuerdo que contiene una lista completa de cómo se distribuirían los fondos.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Acuerdo y aceptación del abogado

El abajo firmante, siendo el abogado de registro para el paciente anterior, acepta observar y cumplir con todos los términos de este documento y acepta retener las sumas por cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda ser necesario para compensar y proteger adecuadamente a dicho Médico mencionado anteriormente. El abogado también acepta informar al Médico dentro de los 10 días de la notificación de cualquier cambio en las condiciones de este caso que pueda poner en peligro el pago de las cantidades adeudadas al Médico. El abogado acepta que el Médico no tendrá ninguna responsabilidad por los honorarios y costos de los abogados, y que no habrá reducción en la cantidad pagada al Médico de acuerdo con la doctrina del fondo común (LaBombard v. Samaritan Health System, 195 Ariz. 543).

Fecha:_____

Firma del abogado:_____