

# GOODMAN AND HEIDRICH PSYCHOLOGICAL EVALUATIONS INC.

---

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia  
270 26<sup>th</sup> Street #201  
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524  
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu  
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613  
Lic: Psy 29105

A:  
ABOGADO EN LA LEY

RE:  
FECHA DE LA LESION

## AUTORIZACIÓN DE CESIÓN Y GRAVAMEN

Por la presente autorizo al médico y / o representante autorizado antes mencionado a proporcionar a mi abogado o cualquier abogado o abogados quienes posteriormente son asociados con dicho abogado designado o sustituidos en su lugar, con un informe completo de mis exámenes, diagnóstico, tratamientos, pronóstico, declaraciones de cargos detalladas con respecto a las lesiones sufridas por mí en un accidente en el que estuve involucrado: Además, eximo al médico mencionado anteriormente libre e inofensivo de cualquier responsabilidad en dicha transferencia de información. De las ganancias del acuerdo y / o sentencia en mi reclamo por lesiones personales, por la presente cedo, pago y transfiero al médico mencionado arriba las sumas adeudadas y adeudadas a él por servicios médicos, quirúrgicos, de rayos X o de laboratorio prestados. para mí, ya sea por el accidente anterior o por cualquier otro motivo. Además, le otorgo al médico anterior un gravamen sobre todos y cada uno de los fondos recibidos por mí o en mi nombre en relación con el acuerdo o la satisfacción del fallo que surja de dicha reclamación presentada en mi nombre. Entiendo plenamente que yo, el paciente, soy responsable ante dicho médico por todas las facturas médicas enviadas por los servicios prestados, y además entiendo que dichos pagos no están supeditados a ningún acuerdo, sentencia o veredicto mediante el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa. En el caso de que se inicie una acción legal para hacer cumplir este gravamen, la parte vencedora tendrá derecho a los costos razonables y los honorarios de los abogados además de cualquier sentencia dictada, incluida la presentación de reclamos en cualquier procedimiento de quiebra. El abajo firmante reconoce que esta cesión y gravamen también es una autorización para que el médico anterior solicite beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos prestados por él / ella, o por su orden. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente al médico mencionado anteriormente.

FECHA FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FIRMA DEL TUTOR EN LETRA DE IMPRENTA \_\_\_\_\_

El abajo firmante es el abogado registrado en su nombre y en nombre de cualquier otro abogado o abogados que estén asociados con el abajo firmante o que sean sustituidos por el paciente arriba mencionado, por la presente reconoce haber recibido una copia de la cesión o gravamen, y dijo El abogado reconoce que se compromete con los términos de la cesión y el gravamen en contraprestación por la prestación de servicios médicos a su cliente por parte del médico antes mencionado y la entrega de un informe y factura a dicho abogado. En el caso de que se inicie una acción legal para hacer cumplir este gravamen, la parte vencedora tendrá derecho a los costos razonables y los honorarios de abogados además de cualquier sentencia dictada.

FIRMA DEL ABOGADO CON FECHA \_\_\_\_\_

LAS REPRODUCCIONES FOTOGRÁFICAS DE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDEN UTILIZARSE EN LUGAR DEL