

**Derecho de Retención de Daño Personal**

Nombre del Paciente     
*Nombre* *Apellido* *Inicial*

Fecha del Accidente

Doctor Inicial

Por el presente autorizo TEAM Physical Therapy, Inc. proporcionar al doctor inicial ya mencionado una evaluación completa de terapia física, plan de tratamiento y reportes de progreso sobre mi tratamiento por danos físicos que sostuve en el accidente en la fecha ya mencionada.

Por el presente yo autorizo y dirijo:

Nombre de Abogado

Domicilio de Abogado

Nombre de Abogado

Firma de Abogado

pagar directamente a TEAM Physical Therapy, Inc., tales sumas tales como cuando se vencen y debiendo por el tratamiento de terapia física rendida a mi, ambos por razón de este accidente y por razón de cualquier otra deuda que se debe a TEAM Physical Therapy, Inc. y retener tales sumas de cualquier acuerdo , juicio o veredicto como puede ser necesario adecuadamente poner un derecho de retención en mi caso contra cualquier y todos las ganancias de mi acuerdo, el resultado de los danos físicos por los cuales he recibido tratamiento o danos en conexión además.

Yo completamente entiendo que yo soy directamente y completamente responsable a TEAM Physical Therapy, Inc. por todos los gastos de terapia física entregados por servicios rendidos a mi y que este acuerdo esta hecho únicamente por TEAM Physical Therapy, Inc. para protección adicional y en consideración de la espera por pagos. Yo también entiendo que tal pago será eventualmente recuperado dicho costo.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha