



New York  
Orthopaedic & Comprehensive  
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

761 Merrick Ave. • Westbury, New York 11590 • 516-357-8777  
**CESIÓN DEL PRODUCTO DE LA RECUPERACIÓN Y AUTORIZACIÓN A  
NEW YORK ORTHOPAEDIC & COMPREHENSIVE MEDICAL SERVICES, P.C.**

Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Abogado: \_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_, el abajo firmante, por la presente cedo a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, cualquier suma debida y pagadera, recibida por mí o en mi nombre, de cualquier fuente por cualquier y todo tratamiento médico y u honorarios por servicios brindados a mí y/o a mi abogado.

Autorizo y ordeno a mi abogado que deduzca y pague inmediatamente a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, los honorarios debidos y pagaderos por los dineros asignados que puedan llegar a mis manos o a las de mi abogado en cualquier recuperación resultante de cualquier reclamo o demanda. Además, ordeno a mi abogado que se ponga en contacto con **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, para determinar la cantidad exacta que se debe antes de que se me pague cualquier dinero de cualquier recuperación resultante de cualquier reclamo o demanda. Además, ordeno a mi abogado que informe a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, cuando lo solicite, sobre el estado de mis demandas y/o cualquier reclamo que pueda resultar en una recuperación monetaria de la cual se puedan satisfacer los honorarios debidos y pagaderos a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, Si mi abogado es reemplazado por otro, ordeno que el abogado saliente no envíe mi expediente hasta que el reconocimiento escrito de mi nuevo abogado sea firmado y enviado al suscrito reconociendo los términos y condiciones establecidos en esta asignación.

**New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, se compromete a proporcionar una cooperación razonable en relación con la obtención del pago de todos los reclamos de seguros en la medida en que lo exija la ley.

En el caso de cualquier incumplimiento de esta asignación por parte del paciente y/o el abogado del paciente, se entiende que el paciente seguirá siendo responsable de todos los honorarios legales requeridos para obtener la información del seguro y/o cobrar cualquier dinero adeudado a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, más los gastos de litigio y/o arbitraje.

Se entiende que este acuerdo, de ninguna manera, hace que el pago de los honorarios debidos y pagaderos a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, dependa de la obtención de una recuperación en cualquier juicio o en cualquier reclamo de seguro que pueda tener. Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de todos los honorarios por el tratamiento médico, así como por los servicios prestados en mi nombre a mi abogado y que soy personalmente responsable del pago de los mismos. Además, reconozco que esta cesión no impide ni previene de ninguna manera que **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, exija el pago en cualquier momento después de que se presten dichos servicios, tal como se contempla en esta cesión.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o Tutor Lega)

Testigo

**Los Términos Y Condiciones De La Cesión Anterior Se Encuentran Comprendidos Y Convenidos Por:**

Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma Del Abogado: \_\_\_\_\_ Fechad: \_\_\_\_\_