

Notice of Lien

To: *(name of liable party)* _____

Person, firm, or corporation alleged to be liable: _____

The undersigned hospital furnished emergency or ongoing services to *(patient name)* _____ and therefore claims a lien on any amounts which are to be paid by you, or on your behalf, by judgment, settlement, or compromise to *(patient name)* _____ or his or her parent, guardian, or legal representative in discharge of any liability, or asserted liability, which you might have to said person, or such parent, guardian, or legal representative, by reason of the accident or occurrence on or about *(date)* _____.

This lien is claimed pursuant to California Civil Code Sections 3045.1 to 3045.6 inclusive.

The information required to be furnished you by the foregoing sections of the Civil Code is as follows:

Name and address of the person injured: _____

Name and address of hospital: _____

Amount claimed as reasonable and necessary charges for emergency and ongoing medical and hospital services: \$ _____

Name of each person, firm or corporation known to the hospital and alleged to be liable to the injured person, or estate thereof, for the injuries and illness sustained: _____

Pursuant to Civil Code Section 3045.3, any person, firm or corporation alleged to be liable to the injured person, must, upon request of the hospital, disclose to the hospital the name of the insurance carrier which has insured it against the liability. If you have not yet disclosed the following information concerning your liability carrier, you are hereby requested to do so: name of insurance carrier; address; telephone number; policy number; name of policyholder; and claim number.

Pursuant to Civil Code Section 3045.3, this notice of lien is mailed by registered mail, return receipt requested, postage prepaid.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(hospital representative)

Print name and title: _____
(hospital representative)

Hospital name: _____

NOTE: The hospital may wish to include taglines as required by the Affordable Care Act. (See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Aviso de Derecho de Retencion

Para: *(nombre de la persona responsable)* _____

Persona, firma, o sociedad anónima que presuntamente tiene la responsabilidad financiera: _____

Sírvase notar que el suscrito hospital prestó servicios de emergencia o médicos a *(nombre del paciente)* _____ y por lo tanto hace un reclamo de derecho de retención aplicable a todas las sumas de dinero que deberán ser pagadas por usted, o en nombre suyo, sea por motivo de fallo, conciliación, o arreglo a *(nombre del paciente)* _____ o bien a su padre o madre, tutor, o representante legal para liquidar cualquier responsabilidad, o responsabilidad aseverada, que usted pudiera tener con dicha persona, o con su padre, madre, tutor o representante legal, por motivo del accidente o incidente sucedido en o alrededor de la siguiente *(fecha)* _____.

El derecho de retención mencionado se reclama en conformidad con las secciones 3045.1 a 3045.6 inclusive, del Código Civil de California.

La información que se le debe proporcionar en conformidad con las secciones arriba mencionadas del Código Civil es la siguiente:

Nombre y dirección de la persona lesionada: _____

Nombre y dirección del hospital: _____

Monto de los cargos que se reclaman como cargos razonables y necesarios por emergencia y servicios médicos y de hospital: \$_____

Nombre de toda persona, firma o sociedad anónima identificada por el hospital y a la que se le atribuye responsabilidad civil hacia la persona lesionada o su sucesión por las lesiones y enfermedad que ésta sufrió. _____

Asimismo, sírvase notar que, en conformidad con la sección 3045.3 del Código Civil, toda persona, firma o sociedad anónima a la que se le atribuye responsabilidad civil hacia la persona lesionada deberá, a solicitud del hospital, revelar a éste el nombre de la compañía de seguros que lo ha asegurado contra dicha responsabilidad civil. Si aún no ha entregado la siguiente información sobre su compañía de seguros de responsabilidad civil, por la presente le solicitamos que lo haga: nombre de la compañía de seguros, dirección, número de teléfono, número de póliza, nombre del titular de la póliza y número de reclamo.

En cumplimiento de la sección 3045.3 del Código Civil, el presente aviso de derecho de retención se envía por correo registrado, con aviso de retorno y franqueo pagado.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(representante hospital)

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante hospital)

Nombre del hospital: _____

NOTE: The hospital may wish to include taglines as required by the Affordable Care Act. *(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)*