



Santiago Figuereo, MD, PA
Board Certified Neurological Surgeon

CONSENT FOR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION
PERMISO PARA DISCUTIR SU CONDICION MEDICA

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

I hereby allow and give consent for the following family members, friends or health care surrogates to accompany me in the exam room during my visits or discuss my health information with the physician:

Yo autorizo a los siguientes familiares, amistades o personas a cargo de mi bienestar estar presente o discutir mi condición médica durante mis visitas con el médico:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

May we leave a message on your answering machine or cell phone to call us back?
Nos permitiría dejarle un mensaje en su contestador o en su celular para que nos devuelva la llamada?

_____ Yes/Si

_____ No

Signature of Patient/or Guardian
Firma del Paciente o Guardián

Date/Fecha

Signature of Witness/Firma del Testigo

Date/Fecha