



“Under Florida law, physicians, are generally required to carry malpractice insurance or otherwise demonstrate financial responsibility to cover for potential claims for medical malpractice. Dr. SANTIAGO FIGUEROO HAS DECIDED NOT TO CARRY MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE. This is permitted under Florida law subject to certain conditions. Florida law imposes penalties against noninsured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is proved pursuant to Florida law”.

“Bajo la ley del estado de la Florida, el médico practicante es generalmente requerido a tener una póliza de Seguro de Mala Práctica, o por el contrario demostrar responsabilidad económica de cubrir potenciales reclamos por mala práctica médica. El Dr. SANTIAGO FIGUEROO HA DECIDIDO NO TENER SEGURO DE MALA PRACTICA. Esto es permitido bajo la ley del estado de la Florida, sujeto a ciertas condiciones. La ley del estado de la Florida impone penalidades contra aquellos médicos sin seguro de mala práctica que no cubren sus obligaciones económicas que provienen de sentencias adversas en casos de mala práctica médica. Este aviso es provisto de acuerdo a la ley del estado de la Florida”.

I, _____, have read this notice and acknowledge that my physician, Santiago Figuereo, MD, is not carrying Malpractice Insurance.

Yo, _____, he leído esta carta y entiendo que mi médico, Dr. Santiago Figuereo, no tiene seguro de mala práctica médica.

Patient Signature/Firma del Paciente

Date/Fecha

Witness/Testigo