

# NEUROSCIENCE CONSULTANTS

DIPLOMATES, AMERICAN BOARD OF NEUROLOGY

**ALLAN HERSKOWITZ, M.D., F.A.C.P.**  
**BRAD HERSKOWITZ, M.D.**  
**PAUL DAMSKI, M.D**

**BERNARD GRAN, M.D.**  
**GUILLERMO A. MARTINEZ, M.D.**  
**MARK BRYER, M.D.**

Yo, \_\_\_\_\_ doy  
autorizacion completa para discutir mi tratamiento  
medico, medicaciones, diagnosticos, y/o informacion  
financiera con los siguiente Doctores o miembros de  
familia. Yo entiendo que mi cuidado medico no sera  
discutido con otra persona que no este en la lista.

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Relacion