

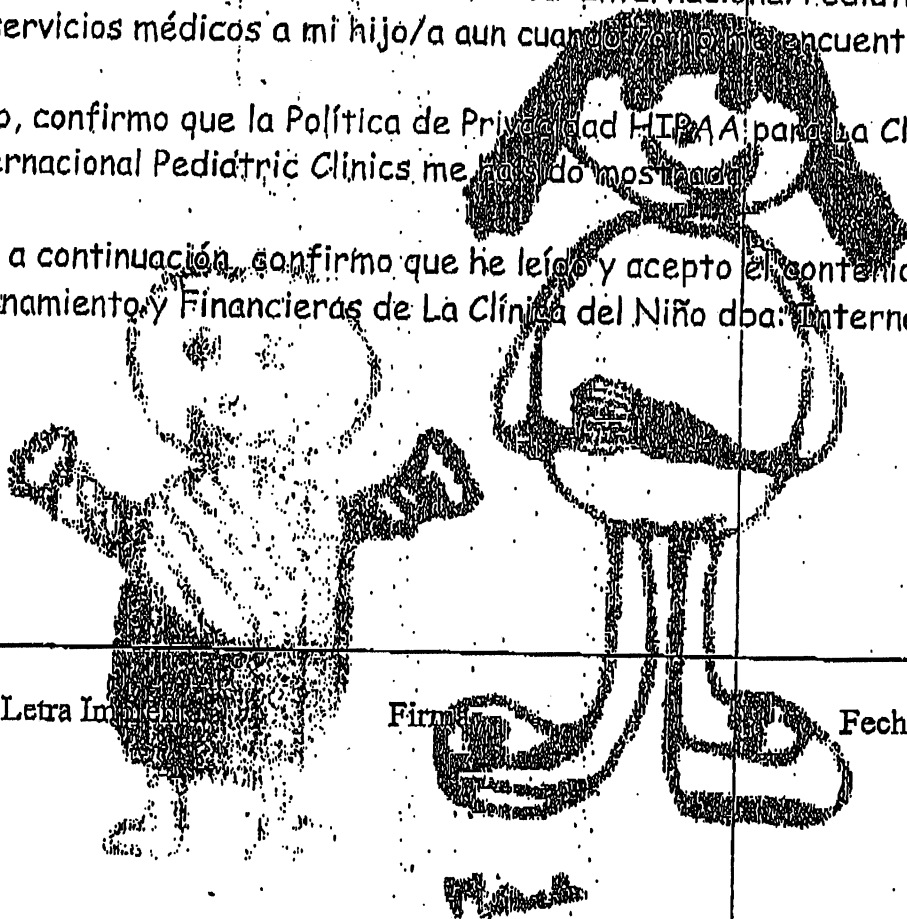
Necesitamos algunas autorizaciones de su parte para poderles brindar un buen servicio, si está de acuerdo, por favor, escriba sus iniciales en los espacios en blanco que están a continuación:

_____ Yo, autorizo a la Clínica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics a revisar y discutir mi cuenta y la aplicación a Medicaid de mi hijo/a con Georgia Health Partnership.

_____ Yo, autorizo a La Clínica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics a brindar servicios médicos a mi hijo/a aun cuando yo no me encuentre presente.

_____ Yo, confirmo que la Política de Privacidad HIPAA para la Clínica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics me ha sido mostrada.

Firmando a continuación, confirmo que he leído y acepto el contenido de la Políticas de Funcionamiento y Financieras de La Clínica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics.



Nombre en Letra Imprimida

Firma

Fecha