



Olga L. Gomez M.D., P.A.

**Children's  
Clinic**

### **Aviso De Practicas De Privacidad**

**He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.**

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Paciente o Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Del Paciente o Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Descripción de la autoridad del representante personal**

### **Autorización Previa De Los Padres Para Menores**

**Solicito y autorizo a la Clínica de la Dra. Olga Gómez y su personal a brindar atención médica al niño que se indica a continuación:**

**Nombre Del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha De Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma Del Padre O Tutor Legal** \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento De Revisión De La Política Financiera**

**He leído y entiendo la política financiera de la clínica de la Dra. Olga Gómez y entiendo que el pago vence en el momento en que se prestan los servicios.**

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Padre O Tutor Legal**

