# **Declaración de HIPAA**

**Autorizo a Silk Vision and Surgical Center a proporcionar a mi compañía de seguros o agencia autorizada, información relacionada con mi información de salud protegida, con el propósito de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Además, autorizo a los médicos de Silk Vision and Surgical Center a consultar, a su entera discreción, con otros proveedores médicos sobre mi atención médica según sea necesario.**

**Deseo establecer las siguientes restricciones con respecto a la divulgación de mi información de salud protegida:**

**Silk Vision and Surgical Center puede discutir mi información médica/condición con las siguientes personas:**

**1:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del Paciente Firma de la Persona Autorizada Fecha**