

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información Médica (HIPAA)

RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD

Por la presente, reconozco que una copia de
la Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad
del Sistema de Salud de Stamford se me ha facilitado.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (en caso de no ser el paciente): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____