

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: \_\_\_\_\_