



# Gracias por dedicar tiempo a completar esta nominación.

Cuéntenos sobre usted para que podamos incluirlo en la celebración de este premio en caso de que se elija al enfermero que nominó.

**Su nombre:** \_\_\_\_\_

**Soy (marque una opción):**

Enfermero titulado\_\_\_ Doctor en medicina\_\_\_  
Paciente\_\_\_ Familiar/visitante\_\_\_  
Personal\_\_\_ Voluntario\_\_\_

**Fecha de nominación** \_\_\_\_\_

**¿Por qué medio nos ponemos en contacto con usted?**

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Entiendo que, al firmar a continuación, autorizo al Huntington Hospital a usar o divulgar mi historia de nominación que puede contener información médica protegida para el reconocimiento de un empleado o con fines educativos.

**Nombre del paciente/representante legal:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/representante legal:** \_\_\_\_\_

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

**Si tiene preguntas, contáctese a través de:**  
DaisyNominations@huntingtonhealth.org

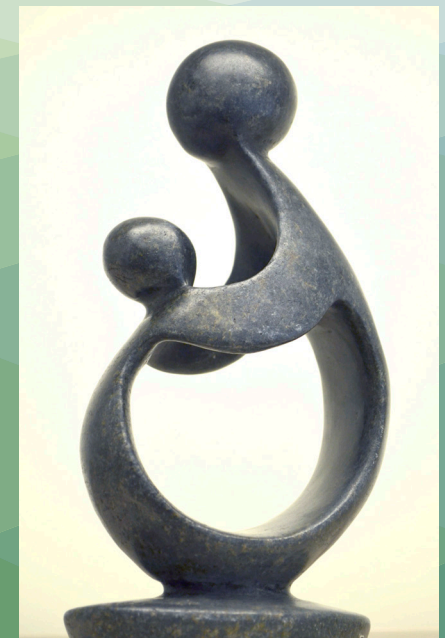
Los enfermeros del hospital Huntington Hospital se dedican a establecer relaciones afectivas con nuestros pacientes y sus familias. Siguiendo una tradición de excelencia en enfermería, tenemos el compromiso de proporcionar conocimientos profesionales de vanguardia para apoyar y cuidar a las personas, de a una a la vez.



An Affiliate of



*Premio DAISY*



*Reconocimiento a nuestros enfermeros por su extraordinaria atención*



A la atención de: DAISY Coordinator Fl2 RM 2WH72B  
100 W. California Blvd., Pasadena, CA 91105  
(626) 397-5000 | huntingtonhealth.org  
Revisado en febrero de 2025 | Formulario n.º 463462

