

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

(Terms And Conditions Of Service - Confidentiality Of Information)

CAMPUS DE WESTWOOD CAMPUS DE SANTA MÓNICA CAMPUS DE NPH

ACUERDO DE INTERNACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS - LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

1. UCLAHS: UCLA Health System (UCLAHS) es parte de la Universidad de California y está conformado por sus hospitales, centros médicos, clínicas que cuentan con el respaldo del hospital, clínicas de la Red de atención primaria, el UCLA Medical Group y la David Geffen Facultad de Medicina.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo: procedimientos o tratamientos médicos, exámenes radiológicos, extracciones de sangre para análisis, medicamentos e inyecciones. Además, autorizo a que se me tomen fotografías médicas, que me filmen, que se me realicen procedimientos de laboratorio y que se me presten servicios hospitalarios, todo esto según las instrucciones generales y especiales de los médicos u otros profesionales de atención médica que colaboren en mi atención. Asimismo, autorizo a que me internen en el Centros Médico de la UCLA en caso de ser necesario para mi atención.

3. INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN: La Universidad de California, incluyendo UCLAHS, es una institución de atención médica, enseñanza e investigación. Comprendo que los residentes, practicantes, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones auxiliares de la atención médica (por ejemplo, enfermería, radiología, terapia de rehabilitación), becarios de postgrado y otros practicantes pueden observar, examinar, tratar y participar a solicitud y bajo la supervisión del médico a cargo de mi atención, como parte de los programas de educación médica de la Universidad. Algunos miembros del cuerpo docente de UCLAHS están identificados con un distintivo como "Profesores visitantes". Dichos miembros del cuerpo docente no tienen licencia habilitante de California, pero tienen licencia de otros estados o condados. Estos médicos tienen permitido ejercer la medicina en California según un programa especial desarrollado por el Consejo Médico de California.

Comprendo además que un comité de revisión institucional de la Universidad aprueba los proyectos que realizan los investigadores de la Universidad de acuerdo con las leyes federales y estatales. Por lo tanto, comprendo que es posible que me contacten y soliciten que participe en estudios de investigación, pero que no estoy obligado a hacerlo. Mi decisión de participar o no en dichos proyectos no afectará el derecho que tengo a recibir atención médica.

4. USO DE MUESTRAS E INFORMACIÓN MÉDICA: Comprendo que mi información, mis fotografías y videos médicos en cualquier formato pueden utilizarse para otros fines de UCLAHS, como por ejemplo, mejorar la calidad, brindar seguridad y educar a los pacientes. También comprendo que mi información médica y tejidos, líquidos, células y otras muestras (denominadas colectivamente "Muestras") que UCLAHS pudiera recoger durante el curso de mi tratamiento y atención pueden utilizarse y compartirse con los investigadores. Comprendo que, de acuerdo con las leyes de California, no tengo ningún derecho a ningún producto comercialmente útil que pudiera desarrollarse a partir de dicha investigación. Comprendo además que el uso de mi información médica o muestras por parte de UCLAHS u otras instituciones de investigación se llevará a cabo conforme a las leyes federales y estatales, incluyendo todas las leyes y normas que rigen la confidencialidad de los pacientes, tal como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de UCLAHS.

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

(Terms And Conditions Of Service - Confidentiality Of Information)

CAMPUS DE WESTWOOD CAMPUS DE SANTA MÓNICA CAMPUS DE NPH

ACUERDO DE INTERNACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS - LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

5. OBJETOS PERSONALES DE VALOR: UCLAHS cuenta con cajas fuertes ignífugas para guardar de manera segura dinero y objetos de valor. UCLAHS no será responsable de la pérdida o el daño ocasionado a cualquier dinero, documento, joya, anteojos, dentadura postiza, prenda de piel u otro artículo de valor inusual y no será responsable de la pérdida ni el daño a cualquier objeto personal a menos que se haya guardado en la caja fuerte o en un depósito cerrado con llave. La responsabilidad de la pérdida de todo objeto personal que se entregue a UCLAHS no excederá los \$500.

6. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: La Ley de prácticas de información del Estado de California le exige a UCLAHS que brinde la siguiente información a los individuos que provean información sobre sí mismos. Como paciente de UCLAHS, se me solicitará que brinde cierta información personal, como por ejemplo, mi dirección y número de teléfono, número de Seguro Social, información sobre el seguro, tratamientos y antecedentes médicos. El objetivo principal de dicha solicitud de información es garantizar la identificación correcta, la continuidad de la atención médica y el pago de dicha atención. Según la Ley federal de privacidad de 1974, artículo IX, sección 9, de la Constitución de California, la Ley de prácticas de información de California (Código Civil de 1798 y subsiguientes), el Código de Regulaciones de California, título 22, sección 70749, UCLAHS está autorizado a conservar dicha información. Tal como lo exige UCLAHS, es obligatorio suministrar toda la información solicitada, a menos que se indique lo contrario. Comprendo que la falta de cumplimiento con dicha disposición puede afectar mi atención médica y los beneficios y cobertura que ofrece el seguro.

UCLAHS obtendrá mi autorización por escrito para la divulgación de información sobre mi tratamiento médico, excepto en aquellas circunstancias en las que a UCLAHS se le permita o se le obligue por ley divulgar dicha información (véase el Comunicado acerca de Prácticas de Privacidad de UCLAHS para obtener una descripción de las circunstancias específicas bajo las cuales UCLAHS podría divulgar esta información). Por ejemplo, UCLAHS podría divulgar una copia de mi historial clínico a profesionales de la salud, planes de salud, agencias gubernamentales y compañías de compensación para trabajadores. Además, entiendo que si soy diagnosticado(a) con una enfermedad de declaración obligatoria en California, incluyendo pero no limitándose al cáncer, el VIH, la tuberculosis y la meningitis viral, UCLAHS está obligado por ley a informar mi diagnóstico a organizaciones gubernamentales tales como el Departamento Estatal de Servicios de Salud o a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

7. ACUERDO FINANCIERO: Comprendo que, incluso si tengo seguro, puedo ser financieramente responsable de algunos de los servicios médicos que se me presten. Por ejemplo, si tengo un copago o deducible, acepto pagar el monto que deba. Si no tengo seguro que cubra el servicio que se me preste, acepto pagar a los Regentes de la Universidad de California por los servicios profesionales clínicos y hospitalarios, incluyendo los servicios prestados por médicos de UCLAHS, de acuerdo con las tarifas y condiciones normales de UCLAHS. También acepto pagar otros servicios profesionales que otros proveedores de atención médica me presten en UCLAHS.

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

(Terms And Conditions Of Service - Confidentiality Of Information)

CAMPUS DE WESTWOOD CAMPUS DE SANTA MÓNICA CAMPUS DE NPH

ACUERDO DE INTERNACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS - LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

En caso de que no pueda pagar, comprendo que puedo calificar para la asistencia pública, los acuerdos de pagos especiales y la atención benéfica.
Asimismo, comprendo que cuando mi cónyuge, padre, madre o garante financiero firmen el presente acuerdo serán individual y conjuntamente responsables con mi persona de realizar dichos pagos, incluyendo todas las comisiones por cobro (honorarios y costas de los abogados y gastos de cobro), además de todo otro monto que se adeude. Se le aplicarán intereses según las tasas legales vigentes a las cuentas impagas que se deriven a agencias externas para su cobro.
8. CESIÓN DE BENEFICIOS (INCLUYENDO LOS BENEFICIOS DE MEDICARE): Autorizo y ordeno el pago a UCLAHS de todos los beneficios del seguro, incluyendo los beneficios de compensación por invalidez, desempleo y seguro hospitalario, pagaderos a mí o en mi nombre por los servicios de UCLAHS, incluyendo los servicios de emergencia, a una tarifa que no supere los costos reales de UCLAHS. Comprendo que soy financieramente responsable de los gastos que no se paguen de conformidad con el presente acuerdo. Comprendo además que todo saldo a favor que resulte del pago del seguro o de otras fuentes se podrá aplicar a cualquier otra cuenta que yo adeude a UCLAHS.

AVISO A LOS CONSUMIDORES: Los médicos, incluyendo su doctor, son profesionales que trabajan bajo la licencia y los reglamentos de la Junta Médica de California (Medical Board of California). Para mayor información usted puede llamar a la Junta al (800) 633-2322 o visitar su sitio web en <http://www.mbc.ca.gov>.

He recibido y leído una copia de los Términos y condiciones de servicio y los he aceptado.

Firma del paciente o Firma del representante del

Firma del testigo (Necesaria si el paciente no puede firmar) Relación del representante con el paciente

Firma del intérprete Idioma utilizado

Fecha en que se firma Hora en que se firma

Acuerdo de responsabilidad financiera por parte de otra persona que no sea el paciente ni el representante legal del paciente.
Asumo la responsabilidad financiera de los servicios prestados al paciente y acepto los términos y condiciones del Acuerdo financiero (párrafo 7) y de la Cesión de beneficios (incluyendo los Beneficios de Medicare) (párrafo 8) descritos anteriormente.

Fecha Hora Parte financieramente responsable Testigo

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

(Terms And Conditions Of Service - Confidentiality Of Information)

CAMPUS DE WESTWOOD CAMPUS DE SANTA MÓNICA CAMPUS DE NPH

ACUERDO DE INTERNACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS - LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE: (se aplica sólo a hospitalizaciones)

¿Desea que su representante según un poder permanente para atención médica o su familiar más cercano reciba una copia de la Notificación de derechos y responsabilidades del paciente? Si es así, comuníquese con el Departamento de Patient Affairs al (310) 267-9113.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

Poseo una directiva anticipada para atención médica (por ejemplo: un poder para atención médica) Sí No

Le he suministrado a UCLAHS una copia actualizada de mis directivas anticipadas. Sí No

Si la respuesta es "No", comprendo que es mi responsabilidad suministrarle a UCLAHS una copia actualizada de mis directivas anticipadas.

Si deseo expresar mis deseos con respecto a la atención médica que se me preste, comprendo que debo hablar con mi proveedor de atención médica.

NOTICIA DE DERECHOS DE RESERVA - REGISTROS MEDICOS y FINANCIEROS

El Acto de 1977 de Prácticas de Información del Estado de California (en vigencia el 1^{ro} de Julio de 1978) requiere que los hospitales de las universidades proporcionen los siguientes datos a personas que suministren información propia:

La razón principal para requerir dicha información es asegurar la identificación exacta y la continuidad del cuidado médico y el consiguiente pago cualquiera que sea su procedencia. La política de la Universidad el Título 22 Código Administrativo, División 5, el "Licenciamiento y Certificación de Facilidades para la Salud y Agencias de Referencia" y los estatutos federales, nos autorizan el mantenimiento de esta información.

Es mandatorio proporcionar toda la información solicitada salvo notificación de lo contrario. El no proveer dicha información puede afectar su cuidado médico y/o los beneficios y protección del seguro. Esta información podrá proporcionarse a: su médico de consulta u a otros profesionales en el cuidado de la salud quienes participan en su cuidado médico, u otros al grado necesario en conexión con la cobranza de cuentas, peticiones para ayuda, asistencia médica o de seguro a la cual usted pueda tener derecho; a la facultad y estudiantes de la Universidad con fines de investigación o educacionales, y podrá ser proporcionada según lo prevee la ley estatal y federal. El derecho de reserva de su registro será salvaguardado.

En conformidad con el Acto de Prácticas de información y la política de la Universidad, las personas tienen derecho a examinar sus propios registros. Informes referentes a dicha política pueden obtenerse de los oficiales responsables de mantener la información:

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

(Terms And Conditions Of Service - Confidentiality Of Information)

CAMPUS DE WESTWOOD **CAMPUS DE SANTA MÓNICA** **CAMPUS DE NPH**

ACUERDO DE INTERNACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS - LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

Su registro médico lo mantiene el:

Westwood Campus
Jefe de Departamento-Registro Médico
el Centro Médico de UCLA
Los Angeles, CA 90095
Phone: (310) 825-6021

Santa Monica Campus
Jefe de Departamento-Registro Médico
el Centro Médico de UCLA
Santa Monica, CA 90404
Phone: (310) 319-4850

Su información de cuentas de pacientes lo mantiene el:

Jefe de Departamento-Información de Cuentas de Pacientes
el Centro Médico de UCLA
Los Angeles, CA 90095
Teléfono: (310) 825-8021

AVISO DE RESERVA - NUMERO DE SEGURO SOCIAL

El sistema de registros de la Universidad que requiere el número de seguro social ha estado en vigencia desde antes del 1^{er} de Enero de 1975, bajo la autoridad de los Regentes de la Universidad de California, Artículo IX, Sección 9 de la Constitución de California. Se requiere por ley esta divulgación, o por los procedimientos en vigor en la Universidad antes de esa fecha, con el fin de verificar la identidad del individuo.

En conformidad con el Acto Federal de 1974 de Derechos de Reserva, se le notifica por la presente que la divulgación de su número de seguro social es mandatoria. Este se usa para verificar su identidad el cuidado médico y sistema de pago. Se requiere la divulgación de su número de seguro social en conformidad con la Regla 4, Sección 404.1256, Código de Reglas Federales, bajo la Sección 218, Título 11 del acto de Seguro Social, según enmendado.

AVISO SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO DE CANCER

Si durante el transcurso de su atención médica en el Centros Médico de UCLA le diagnostican cáncer, el Centros Médico de UCLA en cumplimiento de la ley estatal (Capítulo 841, Leyes de 1985-"Chapter 841, Statutes of 1980) debe notificar al respecto al registro de cáncer regional. Esta información, que se recopila con el fin de ayudar a identificar las causas evitables del cáncer, incluye detalles específicos sobre el tipo de cáncer y el tratamiento proporcionado, así como información respecto a sus datos personales, a saber: su nombre, edad, sexo, origen étnico, ocupación, religión, dirección, y número de seguro social.

La información notificada es confidencial según los Códigos de Salud y Seguridad de California, Secciones 211.3 y 211.5 (California Health and Safety Codes, Sections 211.3 and 211.5) y se han instalado medidas de seguridad por todo el sistema para que su identidad no se divulgue ilegalmente. Es posible que el Departamento de Servicios de la Salud de California (California Department of Health Services), o los registros locales del cáncer se comuniquen más adelante con algunos pacientes con cáncer, como parte de sus investigaciones continuadas de las causas del cáncer.