

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

UCLA HEALTH DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA LOS ANGELES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO ESTADO FÍSICO E INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL ("información de salud") SOBRE USTED SE PUEDEN USAR Y REVELARSE Y CÓMO PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR EXAMÍNELO CON CUIDADO.

UCLA Health

UCLA Health es uno de los componentes de la asistencia médica de la universidad de California. Los componentes de salud de la Universidad de California consisten de los centros médicos de UC, los grupos médicos de UC, clínicas y oficinas del médico, las escuelas de medicina de UC y otras escuelas de profesiones de salud UC, las áreas de servicio de salud estudiantil, unidades de salud del empleado y las unidades administrativas y operacionales que forman parte de los componentes de salud de la Universidad de California.

La universidad de California, incluso UCLA Health, es una institución de investigación y enseñanza. Todo cuidado de los pacientes se supervisa y supervisada por un médico de cabecera y proporcionada por un equipo de profesionales de la asistencia médica. Los residentes, los compañeros, los estudiantes y los estudiantes de posgrado de escuelas de profesiones de la asistencia médica pueden participar en exámenes o procedimientos y en el cuidado de pacientes como una parte de los programas de educación de la asistencia médica de la institución.

Este aviso se aplica a la información y registros sobre el cuidado de su salud mantenida en por UCLA Health.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

UCLA Health está dedicado a la protección de la información en cuanto a su tratamiento de la salud y servicios de la asistencia médica relacionados sobre usted. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe en UCLA Health para el uso en su cuidado y tratamiento.

Este aviso le informa sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos sobre el uso y la divulgación de su información de salud.

Requieren según la ley a nosotros:

- Asegure de que se proteja su información de salud;
- Darle este Aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica sobre usted; y
- Cumplir con los términos de la Notificación que está actualmente en efecto.

MRN:

Patient Name:

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013**CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Las secciones siguientes describen las diferentes maneras en que podemos utilizar y divulgar su información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones vamos a describirlos y dar algunos ejemplos. Alguna información tal como cierta información de drogas y alcohol y VIH tiene derecho a restricciones especiales relacionadas con su uso y divulgación. UCLA Health cumple con todas las leyes del Estado (derechos públicos) aplicables y leyes federales relacionadas con la protección de esta información. No cada uso o divulgación se enumeran. Todas las formas en las que se nos permite utilizar y divulgar su información, sin embargo, pertenecen a una de las siguientes categorías.

**** Por favor note que las secciones marcadas con ** sólo se aplican a la información de salud mental hospitalaria.**

Para Tratamiento. Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento médico o psicológico o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes y otro personal dentro del sistema de salud que participan en su cuidado. Por ejemplo, el médico que lo atiende por una condición puede necesitar saber qué medicamentos está tomando actualmente, ya que esos medicamentos pueden afectar que otros medicamentos pueden ser recetados para usted. Además, el doctor puede necesitar decirle al servicio de alimentos del hospital si usted está tomando ciertos medicamentos, para poder facilitarle los alimentos apropiados que no interfieran o que no interactúen indebidamente con su medicamento. Nosotros también podemos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de salud de UCLA o proveedores que no estén asociados con UCLA Health, agencias o centros de salud que lo están atendiendo por una condición médica o psicológica, con el fin de proporcionar o coordinar las diferentes cosas que usted necesita, por ejemplo, prescripciones o tipos de terapia. Además podríamos divulgar información sobre su salud a personas fuera de UCLA Health que puedan estar involucradas en su salud continua o atención médica después de salir de UCLA Health como otros proveedores de atención médica, las empresas de transporte, agencias comunitarias y miembros de su familia.

Para Pago. Nosotros podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en UCLA Health o de otras entidades, como una empresa de ambulancias, pueda ser facturada a usted y pagada por usted, o a una compañía de seguros o de terceros. Por ejemplo, puede que necesitemos informar a su plan de salud acerca de la terapia que recibió en UCLA Health para que su plan de salud nos pague o le reembolsarle a usted por el cobro de la terapia. También podemos informarle a su plan de salud acerca de una propuesta de tratamiento para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para el Funcionamiento de Cuidado de la Salud. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para el funcionamiento de UCLA Health. Estos usos y divulgaciones se hacen para la calidad de atención y las actividades del personal médico, educación de ciencias

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

| |
|---------------|
| MRN: |
| Patient Name: |

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

de la salud en UCLA Health y otros programas de enseñanza. Su información de salud también puede ser usada o divulgada para cumplir con la ley y reglamentos, para obligaciones contractuales, Reclamos de pacientes reclamaciones, quejas o demandas, contratación de salud, servicios legales, planificación de negocios y desarrollo, gestión empresarial y administración, la venta de la totalidad o parte del de UCLA Health a otra entidad, suscripción y otras actividades de seguros y para operar el sistema de salud. Por ejemplo, podemos revisar información médica para encontrar maneras de mejorar el tratamiento y servicios a nuestros pacientes. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal del cuidado de salud para optimización del rendimiento y con fines educativos.

Recordatorios de Citas. Puede ser que nos comuniquemos con usted para recordarle que usted tiene una cita en UCLA Health.

Alternativas de Tratamiento. Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que pueden ser de interés para usted.

Servicios y Beneficios Relacionados a la Salud. Puede ser que nos comuniquemos con usted acerca de los beneficios o de los servicios que ofrecemos.

Actividades de Recaudación de Fondos. Puede ser que nos comuniquemos con usted para informarle sobre las actividades patrocinados de UCLA Health, incluyendo eventos y programas de recaudación de fondos. Sólo utilizamos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas que usted recibió tratamiento o servicios en UCLA Health.

Directorio del Hospital. (No se aplica a pacientes ingresados en el Hospital Neuropsiquiátrico Resnick UCLA). Si usted es hospitalizado, podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital. Esto es para que su familia, sus amigos y el clero puedan visitarlo en el hospital y saber cómo está. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital, su condición general (por ejemplo justo, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información de directorio, excepto su afiliación religiosa, también puede ser divulgada a personas que pregunten por usted por nombre. Su afiliación religiosa puede administrarse a los miembros del clero, como ministros o rabinos, incluso si no preguntan por usted por nombre. Usted puede restringir o prohibir el uso o la divulgación de esta información notificando el Director de Servicios de Acceso Al Paciente.

**** Las Personas Involucradas en su Cuidado:** Nosotros podemos decirle a su familia acerca de su estado general y que usted está en el hospital a menos que usted solicite no proporcionar esta información. A petición de un miembro de la familia, y con su consentimiento, le podemos dar al miembro de la familia notificación de su diagnóstico, pronóstico, medicamentos recetados, sus efectos secundarios, y su progreso. Si su cónyuge, padre/madre, hijo/a o hermano/a hacen una petición de la información, y usted es incapaz de autorizar la divulgación de tal información, se requiere que demos la notificación de su presencia en el hospital, excepto al grado prohibido

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MRN:

Patient Name:

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

por la ley federal. Sobre su admisión, estamos obligados a hacer intentos razonables para notificar a su pariente o cualquier otra persona designada por usted, de su admisión. A la solicitud de un miembro de familia, se requiere que proporcionemos la información en cuanto a su dada de alta, transferencia, enfermedad grave, herida o muerte, a menos que solicite que esta información no se proporcione.

Investigación. La Universidad de California es una institución de investigación. Todos los proyectos de investigación llevada a cabo por la Universidad de California deben ser aprobados a través de un proceso de revisión especial para proteger la confidencialidad, el bienestar y la seguridad del paciente. Su información médica puede ser importante para otros esfuerzos de investigación y el desarrollo de nuevos conocimientos. Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de nuestros pacientes para propósitos de investigación, sujeto a las disposiciones de confidencialidad de leyes estatales y federales. En ocasiones, los investigadores se ponen en contacto con pacientes con respecto a su interés en participar en ciertos estudios de investigación. Inscripción en esos estudios puede ocurrir sólo después de haber sido informado acerca del estudio, tuvieron la oportunidad de hacer preguntas e indica su deseo de participar firmando un formulario de consentimiento. Cuando aprobado a través de un proceso de revisión especial, otros estudios se pueden realizar usando su información de salud sin requerir su consentimiento informado. Por ejemplo, un estudio de investigación puede implicar una revisión del expediente médico para comparar los resultados de los pacientes que recibieron un medicamento a aquellos que recibieron otro para la misma condición.

Como es Requerido Por Ley. Revelaremos información médica sobre usted cuando sea requerido por ley federal o estatal.

Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o a la Seguridad. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación sería echa a alguien capaz de ayudar a detener o reducir la amenaza.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan el trasplante de órganos adquisiciones u órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar el trasplante y donación de órganos o tejidos.

Divulgación de la Salud Pública. Podemos divulgar información médica sobre usted para propósitos de salud pública. Estos objetivos generalmente incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades (tales como cáncer y tuberculosis), lesiones o incapacidades.
- Reportar eventos vitales como un nacimiento o fallecimiento
- reporte de abuso infantil o negligencia;
- Informes sobre los eventos adversos o vigilancia relacionadas con los alimentos, medicamentos o defectos o problemas con los productos;

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MRN:

Patient Name:

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

- Notificar a las personas de retiro del mercado, reparaciones o reemplazos de productos que pueden estar usando;
- Avisar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- Notificando a la autoridad del gobierno apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso o negligencia y hacer esta revelación según autorizado o requerido por la ley;
- Notificando al médico forense de la muerte del paciente;
- Notificando a los empleados de asistencia de emergencia en cuanto a la posibilidad de ser expuesto al VIH/SIDA, a la medida necesaria para cumplir con leyes federales y estatales;
- Notificando equipos del personal multidisciplinarios relevantes para la prevención, identificación, dirección o tratamiento de un niño abusado y a los padres del niño o una persona de tercer edad o adulto dependiente abusado.

Actividades del Descuido de la Salud. Podemos divulgar información de salud gubernamental, licencias, auditoría y agencia acreditadas tal como son autorizados o requerido por ley.

Juicios y Otras Acciones Legales. Con respecto a demandas o procesos legales, podemos divulgar información médica de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, orden judicial, citatorio u otro proceso legal.

** Podríamos divulgar información de salud mental a tribunales, abogados y empleados del tribunal en el curso de la tutela, escritura y ciertos otros procedimientos judiciales o administrativos.

Aplicación de la Ley. Podríamos divulgar información de salud a los oficiales de la orden pública de la siguiente manera:

- En caso de necesidad, para la protección de ciertos funcionarios electos, a otros y sus familias, como es requerido por la ley;
- Para la protección de las personas cuando sea necesario para protegerlos de un grave peligro de violencia [información también puede ser divulgada a otras personas que pueden ser capaces de ayudar a detener o reducir el peligro]
- ** Cuando se solicita en el momento de la hospitalización involuntaria del paciente [información también puede ser divulgada al director de salud mental del condado];
- ** Cuando informes de que un paciente, mientras esta hospitalizado, ha sido una víctima o victimario de ciertos delitos;
- ** Cuando solicitado por un oficial que presenta una orden judicial con la instalación
- ** Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, algunos huyentes y ciertas personas desaparecidas;
- En respuesta a un auto judicial, citación, orden judicial, citatorio o proceso similar;

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MRN:

Patient Name:

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

Grupos de Defensa. Podemos divulgar información de salud para *Protección and Advocacy, Inc.* con la autorización del paciente o de su representante o a los efectos de determinadas investigaciones. Podemos divulgar información de salud a la oficina de derechos de los pacientes del condado con autorización del representante del paciente o paciente, o investigaciones resultantes de informes obligados por ley a ser presentado al Director de Salud Mental.

Protección de Oficiales Constitucionales Optativos. Podemos divulgar información sobre su salud a las agencias de orden pública gubernamentales como sea necesario para la protección de oficiales optativos constitucionales federales u estatales y sus familias.

**** Departamento de Justicia:** Podemos divulgar información limitada al Departamento de Justicia de California para propósitos de identificación y movimiento sobre ciertos pacientes criminales, o en relación con las personas que no pueden comprar, poseer o controlar un arma de fuego o arma mortal.

Senado y Comisiones de las Reglas de Asamblea. Podemos divulgar su información médica para el Senado o la Comisión de Reglamento de Asamblea con el propósito de la investigación legislativa, como exige la ley.

****Prisionero(a)** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de oficiales de orden pública, podemos divulgar información de salud mental acerca de usted a la institución correccional como autorizado o requerido por ley.

NOTAS DE PSICOTERAPIA: Notas de psicoterapia quiere decir notas grabada (en cualquier medio) por un proveedor de salud que es un profesional que documenta o analiza el contenido de la conversación en consulta privadas de consejería o en grupo, conjunto o junta de familia de consejería y se separan del resto del expediente médico del individuo. Notas de psicoterapia excluye la prescripción de medicamentos y seguimiento, horario de inicio y conclusión de sesión de consejería, las modalidades y las frecuencias de tratamiento proporcionado, resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes elementos: diagnóstico, estado funcional, el plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.

Notas de psicoterapia no pueden divulgarse sin su autorización, excepto en ciertas circunstancias limitadas:

- Uso o revelación en programas de capacitación de salud mental supervisados para estudiantes, aprendices o practicantes;
- Uso o la divulgación por la entidad cubierta para defender una acción legal u otro procedimiento traído por el individuo;
- Un uso o divulgación que es requerido por la ley
- Un uso o divulgación que está permitido:
 - En el plano legal y supervisión clínica de la psicoterapeuta que hizo las notas,
 - Para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o seguridad del publica

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Su información de salud es la propiedad de UCLA Health. Sin Embargo, Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho de Inspeccionar y Copiar. Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud.

Para inspeccionar y/o recibir una copia de su información médica, usted debe presentar su solicitud por escrito a:

Para Obtener Información de Salud Mental:

UCLA Hospital Neuropsiquiátrico
Departamento de Expedientes Médicos
300 UCLA Medical Plaza, Suite 1100
Los Angeles, CA 90095

Para Información Sobre la Salud Física:

Departamento de Servicios de la Administración de la Información de Salud
Divulgación de Información - UCLA Health
10833 Le Conte Avenue, Room CHS-BH265
Los Angeles, CA 90095-7305

Si usted solicita una copia de la información, hay un cargo por estos servicios.

Se le puede negar su solicitud de inspeccionar y/o para recibir una copia en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la información de la salud, en la mayoría de los casos, puede pedir una revisión de la negación. Otro profesional de cuidado de salud licenciado y elegido por UCLA Health revisará su solicitud y el rechazo. La persona que conduce la revisión no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a Solicitar una Enmienda o Adición. Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información o agreguemos un apéndice (adición al registro). Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda o adición siempre y cuando la información se mantiene por o para UCLA Health.

Enmienda. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y enviado al:

Departamento de Servicios de Mantenimiento de información de Salud
UCLA Health
10833 Le Conte Avenue, Room CHS BH265
Los Angeles, CA 90095-7305

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

Además, debe proporcionar una razón que apoya su solicitud.

Podemos negar su petición de una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón de apoyar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si pide que nosotros enmendemos la información que:

- No fue creado por UCLA Health;
- No es parte de la información de salud mental mantenida por o para el UCLA Health;
- No es parte de la información que sería permitido que usted inspeccione o copie; o
- Es exacto y completo en el registro.

Apéndice: Para presentar una adición, la adición debe ser hecha por escrito y enviada al Departamento de Servicios de Mantenimiento de información de Salud, UCLA Health, 10833 Le Conte Avenue, Room CHS BH265, Los Ángeles, CA 90095-7305. Un apéndice no debe ser más largo de 250 palabras por artículo incompleto o incorrecto presunto en su registro.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones. Usted tiene el derecho a recibir una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información médica.

Para solicitar esta contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al:
Departamento de Servicios de Mantenimiento de Información de Salud
UCLA Health
10833 Le Conte Avenue, Room CHS BH-265
Los Ángeles, CA 90095-7305

Su solicitud debe declarar un período de tiempo que debe no ser más largo que los seis años anteriores y puede no incluir fechas antes del 14 de abril del 2003. Usted tiene derecho a una contabilidad dentro de cualquier período de 12 meses sin costo alguno. Si usted solicita una segunda contabilidad dentro de ese período de 12 meses, se le aplicará un cargo por el costo de reunir la contabilidad. Le notificaremos del costo implicado y puede decidir retirar o modificar su solicitud entonces antes de que incurran en cualquier gasto.

Derecho a solicitar Restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado, tal como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos o divulguemos información a un miembro de la familia sobre una cirugía que tuvo.

Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición por escrito, al Departamento de:
Servicios de Mantenimiento de Información de Salud
UCLA Health
10833 Le Conte Avenue, Room CHS BH265
Los Ángeles, CA 90095-7305

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

| |
|---------------|
| MRN: |
| Patient Name: |

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

En su solicitud, nos debe decir (1) Qué información desea limitar; (2) Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, sólo para usted y su cónyuge. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Si estamos de acuerdo, nuestro acuerdo debe ser por escrito, y vamos a cumplir con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que nos pongamos en contacto con usted sólo a domicilio o sólo por el correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito a:

Para Obtener Información de Salud Mental:

Hospital Neuropsiquiátrico de UCLA
Departamento de Registros Médicos
300 UCLA Medical Plaza, Suite 1100
Los Angeles, CA 90095

Para obtener información de la salud Física:

Departamento de Servicios de la Dirección de la Información de Salud
Divulgación de la Información UCLA Health
10833 Le Conte Avenue, Room CHS-BH265
Los Angeles, CA 90095-7305

Acomodaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o donde desea ser contacto.

Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede pedir que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso, si usted ha accedido a recibir esta notificación electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este Aviso.

Copias de este aviso están disponibles en todo el UCLA Health, o usted puede obtener una copia en nuestro sitio web, <http://www.uclahealth.org>.

CAMBIOS EN LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DE ESTE AVISO UCLA HEALTH

Reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad y este aviso de UCLA Health. Reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o cambiado para información médica que ya tenemos de usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en todo UCLA Health. El Aviso incluirá la fecha de vigencia en la primera página en el ángulo superior derecho. Además, en cualquier momento puede solicitar una copia del Aviso corriente en efecto.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

| |
|---------------|
| MRN: |
| Patient Name: |

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

PREGUNTAS O QUEJAS. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor póngase en contacto con el:

UCLA Health Oficina de Servicios de Conformidad – Privacidad
924 Westwood Boulevard, Suite 520
Los Ángeles, CA 90024
(310) 794-8638

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el UCLA Health o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja con el contacto de UCLA Health:

UCLA Health Oficina de Cumplimiento de Servicios de Salud – Privacidad
924 Westwood Boulevard, Suite 520
Los Angeles, CA 90024
(310) 794-8638

Para presentar una queja ante la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles.

Usted no Será Penalizado por Presentar una Queja.

OTROS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por el presente anuncio se hará únicamente con su permiso por escrito. Si usted nos proporciona el permiso para usar o divulgar información médica acerca de usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, que ya no usemos o divulguemos información médica acerca de usted por las razones cubiertas por su permiso por escrito. Usted entiende que somos incapaces de recuperar ninguna divulgación que ya hemos hecho con su permiso, y que conservaremos nuestros registros del cuidado proporcionado a usted como lo requiere la ley.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MRN: _____
Patient Name: _____

Fecha De Vigencia: El 1 de Marzo de 2013

VERIFICACIÓN DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La Notificación de las Prácticas de Privacidad del Sistema de Salud de UCLA le provee con información acerca de cómo podríamos divulgar o utilizar la información de salud protegida que le corresponde a usted.

Además de la que le estamos proporcionando, puede conseguir copias adicionales de esta notificación por medio del internet, en nuestro sitio de red www.uclahealth.org. También las puede conseguir a través de todo el Sistema de Salud de UCLA.

Yo verifico que he recibido la Notificación de las Prácticas de Privacidad.

| | | |
|--|---|---------------|
| _____ Firma del paciente o representante del paciente | _____ Fecha | _____ Hora |
| _____ Nombre en letra de molde | _____ Relación al paciente | |
| _____ Intérprete (si procede) | _____ No. De Identificación del Intérprete | |

COMPLETE ESTO SI NO SE OBTUVO UNA VERIFICACIÓN POR ESCRITO

Por favor documente sus esfuerzos para obtener la verificación, y la razón por la que no se obtuvo.

1. Notificación de las Prácticas de Privacidad se entregaron – Paciente incapaz de firmar. _____
2. Notificación de las Prácticas de Privacidad se entregaron – Paciente se negó a firmar. _____
3. La Notificación de las Prácticas de Privacidad y la verificación fueron mandadas por correo. _____
4. Otras razones por las cuales el paciente no firmó: _____

| | | |
|--|-----------------------|---------------|
| _____ Firma del Representante de UCLA | _____ Fecha | _____ Hora |
| _____ Nombre en letra de molde | _____ Departamento | |