

**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. UCLAH:** UCLA Health UCLAH) 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 UCLAH, 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 UCLAH 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 UCLAH, 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 UCLAH 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 UCLAH o 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 UCLAH.

**5. OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** UCLAH cuenta con cajas fuertes ignífugas para guardar de manera segura dinero y objetos de valor. UCLAH no será responsable de la pérdida o el daño

**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**

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 UCLAH no excederá los \$500.

**6. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** La Ley de prácticas de información del Estado de California le exige a UCLAH que brinde la siguiente información a los individuos que provean información sobre sí mismos. Como paciente de UCLAH, 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, UCLAH está autorizado a conservar dicha información. Tal como lo exige UCLAH, 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.

UCLAH obtendrá mi autorización por escrito para la divulgación de información sobre mi tratamiento médico, excepto en aquellas circunstancias en las que a UCLAH se le permita o se le obligue por ley divulgar dicha información (véase el Comunicado acerca de Prácticas de Privacidad de UCLAH para obtener una descripción de las circunstancias específicas bajo las cuales UCLAH podría divulgar esta información). Por ejemplo, UCLAH 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, UCLAH 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 UCLAH, de acuerdo con las tarifas y condiciones normales de UCLAH. También acepto pagar otros servicios profesionales que otros proveedores de atención médica me presten en UCLAH.

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

**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**

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. Por el presente presto mi consentimiento para recibir mensajes y llamadas en nombre de UCLA Health, a los números provistos, incluido mi número de teléfono celular y dirección de correo electrónico provista durante mi proceso de registro.

**8. CESIÓN DE BENEFICIOS (INCLUYENDO LOS BENEFICIOS DE MEDICARE):** Autorizo y ordeno el pago a UCLAH 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 UCLAH, incluyendo los servicios de emergencia, a una tarifa que no supere los costos reales de UCLAH. 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 UCLAH. Pacientes asegurados por la Parte A de la ley de Medicare (como pagador principal): UCLA Health transferirá el título antes de utilizar cualquier bien (con excepción de bienes de uso o equipos) provistos o suministrados a su paciente o otro cliente en relación con sus servicios médicos facturados conforme a la Parte A de Medicare. Sin perjuicio de esta cláusula sobre el título, el paciente acepta que la disposición de los productos médicos o otros suministros después del uso se regirá por los protocolos de manipulación y disposición de UCLA Health.

**9. CONSENTIMIENTO CON RESPECTO A CORREOS ELECTRÓNICOS Y MENSAJES DE TEXTO:** Acepto recibir recordatorios de citas por medio de mensajes de texto, siempre que pueda decidir rechazarlos cuando lo desee. Comprendo que si envío un correo electrónico o mensaje de texto a los médicos de UCLAH y a otras personas que me brinden atención, estoy aceptando que me respondan utilizando el mismo método que yo usé, incluso si los mensajes contienen información confidencial. Comprendo que el correo electrónico y los mensajes de texto no son métodos de comunicación seguros y que los mensajes no encriptados pueden ser interceptados.

**10. CONSENTIMIENTO DE CONSULTAS POR VIDEO:** Las Consultas por video incluyen el uso de una conexión audiovisual segura para permitir que un proveedor de atención médica y un paciente en diferentes ubicaciones se comuniquen y compartan información de salud individual del paciente con el fin de brindar atención clínica.

Entiendo que durante mi atención en UCLA Health, me pueden ofrecer una Consulta por video si es clínicamente apropiado. Estos servicios pueden incluir consultas, diagnósticos, recomendaciones de tratamiento, recetas o derivaciones a atención presencial si se necesita una evaluación adicional. Este servicio se ofrece a mí por comodidad. Entiendo que siempre tengo la opción de elegir una cita presencial si lo prefiero. Entiendo que no todos los servicios serán clínicamente apropiados a través de una Consulta por video y que la opción estará limitada a la discreción de mi proveedor.

**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**

Entiendo que algunas partes de los servicios (p. ej., laboratorios, exámenes de sangre o análisis) pueden ordenarse durante la consulta, lo cual requeriría que asista presencialmente a una instalación.

En caso de que acepte una Consulta por video, doy mi consentimiento para que se facture mi seguro por los servicios y pagaré los copagos o coaseguros correspondientes.

Entiendo que durante la Consulta por video, se puede analizar información médica confidencial y que será mi responsabilidad estar un lugar que garantice la privacidad a mi propio nivel de comodidad. También se espera que esté en un lugar que no cause peligro para mí o los que me rodean (p. ej., mientras conduzco). Si mi proveedor está preocupado por mi seguridad, puede finalizar la consulta.

Las Consultas por video no son adecuadas para emergencias médicas. Si creo que tengo una emergencia, llamaré al 911 o iré la sala de urgencias más cercana.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

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**

(Necesaria si el paciente no puede firmar)

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Idioma utilizado

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**

**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) descriptos anteriormente.

Fecha	Hora	Parte financieramente responsable

Fecha	Hora	Testigo

**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 UCLAH una copia actualizada de mis directivas anticipadas.   Sí  No   
Si la respuesta es "No", comprendo que es mi responsabilidad suministrarle a UCLAH 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<sup>ro</sup> 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

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**

el cuidado de la salud quienes participen 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 prevé 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:

Su registro médico lo mantiene el:

Westwood Campus  
Jefe de Departamento-Registro Médico  
el Centro Médico de UCLA  
Los Ángeles, 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 Ángeles, CA 90095  
Teléfono: (310) 825-8021

**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****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 eco 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 mandatorio. 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, Estatutos 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 numero 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 er 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 cancer, corno parte de sus investigaciones continuadas de las causas del cáncer.