

**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

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 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.

**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

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 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 registrará por los protocolos de manipulación y disposición de UCLA Health.

**PATIENT PROTECTION AND THE AFFORDABLE CARE ACT
SECTION 1557 - PROTECCIÓN PACIENTE Y EL ACTO ASEQUIBLE DEL
CUIDADO****La discriminación está contra la ley**

La salud del UCLA cumple con leyes federales aplicables de las derechas civiles y no discrimina en base de la raza, del color, del origen nacional, de la edad, de la incapacidad, o del sexo. La salud del UCLA no excluye a gente ni la trata diferentemente debido a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la incapacidad, o el sexo.

Salud del UCLA:

- Proporciona ayudas y servicios libres a la gente de incapacidades para comunicar con eficacia con nosotros, por ejemplo:
 - o Intérpretes calificados del lenguaje de signos
 - o Información escrita en otros formatos (ampliación de foto, formatos electrónicos audios, accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos libres a la gente cuya lengua primaria no es inglés, por ejemplo:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otras idiomas

Si usted necesita estos servicios, entre en contacto con la oficina de la experiencia paciente en (310) 267-9113.

Si usted cree que la salud del UCLA no ha podido proporcionar estos servicios ni ha discriminado en otra manera en base de la raza, del color, del origen nacional, de la edad, de la incapacidad, o del sexo, usted puede archivar un agravio con: La oficina de la experiencia paciente por correo en: Plaza de 757 Westwood, habitación 1107 Los Angeles, CA 90095, por el teléfono en: (310) 267-9113 o equipo teleescritor: (310) 267-3902, por fax en: (310) 267-3613, o por el correo electrónico en: patientexperience@mednet.ucla.edu. Si usted necesita la ayuda que archiva un agravio, la oficina de la experiencia paciente está disponible ayudarle. Usted puede también archivar una denuncia con el departamento de sanidad y servicios sociales de los E.E.U.U., oficina de las derechas civiles para las derechas civiles, electrónicamente a través de la oficina para el portal de la denuncia de las derechas civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o el teléfono en: U.S. Avenida de la independencia del departamento de sanidad y servicios sociales 200, interruptor. Sitio 509F, edificio Washington, dc 20201 de HHH 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

**PATIENT PROTECTION AND THE AFFORDABLE CARE ACT
SECTION 1557 - PROTECCIÓN PACIENTE Y EL ACTO ASEQUIBLE DEL
CUIDADO**

Las formas de la denuncia están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք (310) 267-9113 (TTY (հեռատիպ)՝ 310-267-3902)

تماس بگیریید. شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات، کنید می گفتگو فارسی زبان به اگر: توجه 9113 (310) 267- (TTY: 310-267-3902) ف می باشد.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (310) 267-9113 (телетайп: (TTY: 310-267-3902)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: (310) 267-9113 برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة والبيكم الصم ه: (310) 267-3902 (TTY: 310-267-3902). رقم

**PATIENT PROTECTION AND THE AFFORDABLE CARE ACT
SECTION 1557 - PROTECCIÓN PACIENTE Y EL ACTO ASEQUIBLE DEL
CUIDADO**

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹਨ. ਕਾਲ (310) 267-9113 (ਟੀ ਟੀ ਵਾਈ: 210-267-3902)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902) ។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902)

ध्यान दें: यदि आप किसी अन्य भाषा बोलते, सहायता सेवाओं, नि: शुल्क, आप के लिए उपलब्ध हैं। (310) 267-9113 कॉल (TTY: 210-267-3902)

ື້ຍນ: ຖ້າຄຸນພຸດພາສາໄທຍຄຸນສາມາດໃຊ້ບໍຣິກາຣ໌ຊ່ວຍເຫຼືອທາງພາສາໄດ້ຟຣີ ໂທຣ (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902).