

MRN:
Patient Name:
(Patient Label)

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS, FILMACIONES, IMÁGENES MÉDICAS Y OTRO CONTENIDO MULTIMEDIA POR MOTIVOS EDUCACIONALES

(CONSENT FOR AND AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHOTOGRAPHS, FILMS, MEDICAL IMAGES, AND OTHER MULTIMEDIA FOR EDUCATIONAL PURPOSES)

Nombre del miembro del cuerpo docente/persona a cargo	Departamento	N.º de teléfono
---	--------------	-----------------

Objetivo:

Solicitamos su permiso para tomar fotografías, realizar grabaciones o crear contenido multimedia con su información médica. El contenido multimedia se creará durante el tratamiento médico que usted reciba de un proveedor de UCLA Health o en un hospital o clínica de UCLA Health. Deseamos compartir su información médica con otras personas y entidades que pertenezcan o no a UCLA Health por motivos educacionales, para que otros estudiantes y profesionales de las ciencias de la salud puedan aprender sobre su afección o enfermedad. De esta manera, podrán beneficiarse otros pacientes.

Confidencialidad:

Usted no será identificado por su nombre. Otras personas podrían reconocer su rostro o su voz u otra información que sea exclusivamente suya. El contenido multimedia se editará y se almacenará en una computadora sin su nombre.

Aviso: La ley exige a UCLA y a otras personas y organizaciones, como médicos, enfermeras, dentistas, hospitales y planes médicos, que conserven la confidencialidad de su información médica. Si usted autoriza la divulgación de su información médica a un individuo que no tiene la obligación legal de conservar la confidencialidad, dicha información no podrá ser protegida por la ley de confidencialidad estatal o federal.

Sus derechos:

Tiene derecho a detener la filmación o la toma de fotografías en cualquier momento. Tiene derecho a autorizar el uso de este contenido en forma voluntaria. Tiene derecho a rechazar la autorización y no será sancionado ni dejará de recibir la atención o los servicios. Su tratamiento, pago, inscripción y elegibilidad para recibir los beneficios no dependen de si firma o no este formulario de permiso. Si tiene preguntas sobre sus derechos, comuníquese con la Privacy Management Office (Oficina de Administración de la Privacidad) en 10833 Le Conte Ave., Room BH-265, Los Angeles, CA 90095-7305 Número de teléfono: (310) 825-5958.

Iniciales del paciente o del representante personal: _____

Cancelación del permiso:

Si cambia de opinión, puede cancelar el permiso de divulgación de las fotografías, filmaciones u otro material en cualquier momento, y no será sancionado ni dejará de recibir la atención o los servicios. Para cancelar su permiso, debe escribir una carta, firmarla y enviarla a Privacy Management Office (Oficina de Administración de la Privacidad) en 10833 Le Conte Ave., Room BH-265, Los Angeles, CA 90095-7305. Número de teléfono: (310) 825-5958. La carta de

MRN: _____
Patient Name: _____

(Patient Label)

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS, FILMACIONES, IMÁGENES MÉDICAS Y OTRO CONTENIDO MULTIMEDIA POR MOTIVOS EDUCACIONALES

(CONSENT FOR AND AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHOTOGRAPHS, FILMS, MEDICAL IMAGES, AND OTHER MULTIMEDIA FOR EDUCATIONAL PURPOSES)

cancelación entrará en vigencia cuando UCLA la reciba, excepto si ya ha sido tenida en cuenta por UCLA u otros. Una vez divulgado el contenido multimedia, no se podrá reclamar.

Vencimiento: A menos que cancele su permiso en una fecha anterior, esta autorización vence el _____. Si ninguna fecha ha sido indicada, la autorización vencerá a los cinco años de la fecha en que se firmó este formulario.

Autorizo la creación y la divulgación del siguiente contenido multimedia:

- Fotografías: _____
- Videos y filmaciones: _____
- Cintas de audio y clips de audio: _____
- Radiografías y otras imágenes médicas: _____
- Otras publicaciones multimedia: _____
- Información médica sobre mi afección o tratamiento médico que será divulgada. (Especifique la información médica que autoriza a ser divulgada):
 - o Tipo de información médica: _____
 - o Fecha del tratamiento: _____

Iniciales del paciente o del representante personal: _____

Autorizo a UCLA a utilizar este contenido multimedia para los siguientes propósitos educativos:

- Capacitación de los profesionales de las ciencias de la salud de la UCLA, entre ellos, estudiantes, docentes y otros miembros de la escuela de medicina David Geffen (como ser disertaciones en clase, presentaciones académicas, proyectos estudiantiles, manuales de laboratorio y materiales para planes de estudio en línea).
- Intercambio (divulgación) con otros centros médicos para que utilicen dichas publicaciones en sus programas educativos.
- Divulgación en publicaciones y presentaciones profesionales, libros de texto y conferencias profesionales.
- Almacenamiento de las publicaciones en bibliotecas y depósitos médicos de materiales didácticos disponibles al público sin cargo, por ejemplo, la biblioteca virtual Health Education Assets Library (HEAL).

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS, FILMACIONES, IMÁGENES MÉDICAS Y OTRO CONTENIDO MULTIMEDIA POR MOTIVOS EDUCACIONALES

(CONSENT FOR AND AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHOTOGRAPHS, FILMS, MEDICAL IMAGES, AND OTHER MULTIMEDIA FOR EDUCATIONAL PURPOSES)

He leído correcta y completamente este consentimiento a (el paciente o representante legal del paciente) en el idioma primario, _____ (identifique el idioma). Él/ella ha entendido toda la terminología y condiciones, y reconoce su acuerdo por medio del acto de firmar en este documento en mi presencia.

Firma del Intérprete

Nombre del Intérprete en letra de molde

Fecha

Hora

Número de Identificación de Intérprete

Firma del Médico

Fecha

Hora