

AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE ACOMPAÑANTES
(Notice of Chaperone Policy)Fecha efectiva: **September 23, 2022****UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA LOS ANGELES****ESTE AVISO DESCRIBE EL ENFOQUE DE UCLA HEALTH RESPECTO DE LOS EXÁMENES ÍNTIMOS Y SU DERECHO A QUE HAYA UN ACOMPAÑANTE PRESENTE DURANTE UN EXAMEN O PROCEDIMIENTO****LE ESCUCHAMOS – NOS IMPORTA**

Durante su consulta, debe sentirse cómodo y seguro en todo momento, sentir que se le escucha y sentirse escuchado, valorado y respetado. Si alguna vez recibe menos de lo esperado de UCLA Health, queremos escucharle. Por favor, comuníquese con la Office of Patient Experience (Oficina de Experiencia del Paciente) en el (310) 267-9113. Si ha sido objeto de acoso o agresión, puede ponerse en contacto con la Title IX Office (Oficina de Título IX) de UCLA para recibir asistencia llamando al (310) 206-3417 o en titleix@equity.ucla.edu.

ESTAMOS AQUÍ PARA USTED

En UCLA Health, sabemos que algunos exámenes y procedimientos médicos son más íntimos que otros. Queremos que se sienta siempre cómodo. Un examen íntimo es un examen físico de los genitales o el recto de una persona o cualquier examen físico de los senos de un paciente cuyo género, identidad de género o expresión de género sea femenino.

Tenemos acompañantes capacitados para ayudar a asegurar que los exámenes y procedimientos íntimos se realicen de manera segura, cómoda y profesional. Si alguna vez se siente incómodo o necesita más información sobre lo que sucederá durante su examen, por favor pregúntenos. Estamos aquí para ayudarle.

¿QUÉ DEBO ESPERAR DE UN ACOMPAÑANTE DE UCLA HEALTH?

Se le debe ofrecer un acompañante en el momento de una consulta o procedimiento en los que cabe esperar que se realice un examen íntimo. Usted puede aceptar o rechazar la oferta del acompañante. También puede solicitar un acompañante para un examen o procedimiento que no sea de índole íntima.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Puede encontrar más información en el folleto de UCLA Health, "What to Expect During a Routine Sensitive Exam-Frequently Asked Questions" ("Qué esperar durante un examen íntimo de rutina-Preguntas frecuentes"). El folleto está publicado en línea en <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/SensitiveExamBooklet-English.pdf> o puede pedir a su proveedor o recepcionista una copia o una versión en español, coreano, chino/mandarín o farsi.

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE ACOMPAÑANTES
(Notice of Chaperone Policy)

La seguridad y la confianza son esenciales para poder ofrecer el entorno seguro, respetuoso y de apoyo que nuestros pacientes y personal esperan y merecen. Puede obtener más información sobre las medidas de seguridad que UCLA Health toma para proteger a los pacientes y responder a conductas sexuales inapropiadas en línea en <https://www.uclahealth.org/why-choose-us/about/report-misconduct/preventing-sexual-misconduct>.

He recibido el **AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE ACOMPAÑANTES**. Entiendo que:

- ✓ UCLA Health exige que haya un acompañante capacitado en los exámenes íntimos.
- ✓ Me preguntarán si quiero un acompañante antes de cada examen íntimo.
- ✓ Puedo rechazar la oferta de un acompañante y dicha decisión se anotará en mi expediente médico.
- ✓ Puedo pedir un acompañante en cualquier momento, incluso para un examen no íntimo.

Firma del paciente o representante		Fecha	Hora
Nombre en letra de molde		Relación con el paciente	
Firma del intérprete	N.º ID del intérprete	Fecha	Hora

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE ACOMPAÑANTES
(Notice of Chaperone Policy)

Para uso por UCLA Health solamente

A COMPLETAR SI NO SE OBTUVO EL ACUSE DE RECIBO POR ESCRITO

Por favor, documente sus esfuerzos para obtener el acuse de recibo y el motivo por el que no se obtuvo (escriba sus iniciales).

1. _____ Aviso sobre la política de acompañantes entregado: el paciente no puede firmarlo.
2. _____ Aviso sobre la política de acompañantes entregado: el paciente no quiso firmarlo.
3. _____ Aviso sobre la política de acompañantes entregado y reconocimiento enviado por correo al paciente.
4. _____ Otro motivo por el que el paciente no firmó: _____

Firma del representante de UCLA Health Fecha Hora

Nombre en letra de molde Departamento