

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

Fecha efectiva: 23 de septiembre de 2013

**SISTEMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA LOS ANGELES (UCLA)**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PODRÍA UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**LÉALO DETENIDAMENTE**

**SISTEMA DE SALUD DE UCLA**

El Sistema de Salud de UCLA es uno de los componentes de la atención médica de la Universidad de California. La atención médica de la Universidad de California está integrada por los centros médicos de UC, los grupos médicos, clínicas y consultas médicas de UC, los departamentos de las escuelas profesionales de UCLA dedicados al cuidado clínico, las áreas de servicios de salud para estudiantes en algunos recintos universitarios, las unidades de salud para empleados en algunos recintos universitarios, y las unidades administrativas y operativas que forman parte de los componentes de la atención médica de la Universidad de California.

**NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

El Sistema de Salud de UCLA ha asumido el compromiso de proteger la información médica, de salud mental y personal sobre usted ("Información de salud"). Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de salud, a proporcionarle información sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y a informarle de sus derechos y de las formas en que podríamos utilizar la Información de salud y divulgarla a otras entidades y personas,

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

En las siguientes secciones se describen diferentes formas en que podríamos usar y divulgar su Información de salud. Parte de esta información, como cierta información sobre drogas y alcohol, información sobre el VIH, información genética e información sobre salud mental, puede acogerse a restricciones especiales relacionadas con su uso y divulgación. Esta no es una lista exhaustiva de todos los usos y divulgaciones. No obstante, todas las formas en que estamos autorizados a usar y divulgar información, se clasificarán bajo una de las siguientes categorías. Para otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso necesitaremos su autorización por escrito.

**Para tratamiento.** Podemos utilizar Información de salud sobre usted para proporcionarle

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

tratamiento o servicios médicos y de salud mental. Podemos divulgar Información de salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal del sistema de salud, involucrados en su cuidado en el sistema de salud. Por ejemplo, es posible que un médico que le trate por una fractura en la pierna necesite saber si tiene diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso de cicatrización. Un médico que le trate por una condición mental podría necesitar saber qué medicamentos está tomando actualmente, ya que estos podrían limitar qué otros medicamentos se le pueden prescribir. Podemos también compartir Información de salud sobre usted con otros proveedores que no forman parte del Sistema de Salud de UCLA. La divulgación de su Información de salud a proveedores que no forman parte del Sistema de Salud de UCLA podría realizarse electrónicamente a través de un intercambio de información de salud que permita a los proveedores involucrados en su cuidado acceder a algunos de sus expedientes médicos en el Sistema de Salud de UCLA para coordinar los servicios para usted.

**Para pagos.** Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted de manera que el tratamiento y los servicios que reciba en el Sistema de Salud de UCLA o de otras entidades, como una empresa de ambulancias, puedan facturarse y cobrarse a usted, una compañía de seguro o un tercero. Por ejemplo, puede que tengamos que dar información a su plan de salud acerca de la intervención quirúrgica o el tratamiento que recibió en el Sistema de Salud de UCLA para que su plan de salud nos pague a nosotros o le reembolsen a usted dicha intervención quirúrgica o tratamiento. Podemos también informar a su plan de salud de un tratamiento propuesto para determinar si su plan pagará por él tratamiento.

**Para operaciones comerciales de asistencia sanitaria.** Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, su Información de salud podría utilizarse para examinar la calidad y seguridad de nuestros servicios, o para servicios de planificación empresarial, de gestión y administrativos. Podemos ponernos en contacto con usted para hablarle de opciones alternativas de tratamiento para usted o de otros beneficios o servicios que ofrecemos. Podemos también utilizar y divulgar su Información de salud a una compañía independiente que realice servicios para nosotros, como servicios de acreditación, jurídicos, informáticos o de auditoría. Estas compañías independientes se llaman “socios comerciales” y están obligados por ley a respetar la confidencialidad de su Información de salud. Podemos también divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y de otro tipo, y otro personal del sistema de salud para fines educativos y de mejora del desempeño.

**Recordatorios de citas.** Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle que tiene una cita en el Sistema de Salud de UCLA.

MRN:

Patient Name:

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

**Actividades de recaudación de fondos.** Podemos ponernos en contacto con usted para proporcionarle información sobre actividades patrocinadas por el Sistema de Salud de UCLA, incluido programas y eventos para la recaudación de fondos. Podemos utilizar información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono, la fecha de nacimiento, el nombre del médico, el resultado de la atención médica que recibió, el departamento donde recibió servicios y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el Sistema de Salud de UCLA. Si no desea recibir información sobre recaudación de fondos para el Sistema de Salud de UCLA, póngase en contacto con nosotros en 1-855-364-6945 or email OptOutUCLAHSD@Support.ucla.edu.

**Directorio del hospital.** Si se le hospitaliza, podemos incluir cierta información limitada acerca de usted en el directorio del hospital. Esto se hace para que su familia, sus amigos y el capellán puedan visitarle en el hospital y saber en general cómo se encuentra. Esta información puede incluir su nombre, su número de habitación, su estado general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, salvo su afiliación religiosa, puede también divulgarse a personas que pregunten por usted por su nombre. Su filiación religiosa puede darse a miembros del clero, como pastores o rabinos, incluso si no preguntan por usted por su nombre. Tiene la posibilidad de limitar la divulgación de la información del directorio informando de ello al Sistema de Salud de UCLA en el momento de su hospitalización.

Si se le hospitaliza en un hospital psiquiátrico, la divulgación que hacemos de esta información sobre usted será más limitada.

**Individuos involucrados en su atención o en el pago de ella.** Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada en su atención médica; por ejemplo, un amigo, familiar, representante personal o cualquier individuo que usted identifique. Podemos también dar información a alguien que ayude a pagar por su atención. Podemos también informar a su familia o amigos de su estado general y decirles que está en el hospital.

**Operaciones de auxilio a víctimas de una catástrofe.** Podemos divulgar Información de salud sobre usted a una entidad que preste servicios de asistencia en operaciones de auxilio a víctimas de una catástrofe de manera que pueda notificarse a otros sobre su estado, condición y lugar.

**Investigación.** La Universidad de California es una institución dedicada a la investigación. Podemos divulgar Información de salud sobre usted para fines de investigación, sujeto a las provisiones de confidencialidad de las leyes estatales y federales. Todos los proyectos de investigación que involucren a pacientes o la información sobre pacientes vivos realizados por la Universidad de California deben aprobarse a través de un proceso de revisión especial para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los pacientes.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

Además de divulgar Información de salud para fines de investigación, los investigadores pueden contactar los pacientes para ver si tienen interés en participar en ciertos estudios de investigación. Los investigadores solamente pueden contactarle si están autorizados a hacerlo en virtud del proceso de revisión especial. Usted solo pasará a formar parte de uno de estos proyectos de investigación si acepta hacerlo y firma un formulario de permiso específico llamado una Autorización. Cuando estén aprobados a través de un proceso de revisión especial, podrían realizarse otros estudios que utilicen su Información de salud sin que se necesite su autorización. Estos estudios no interferirán con su tratamiento o bienestar, y su Información de salud seguirá estando protegida.

**Según lo requiera la ley.** Divulgaremos Información de salud sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales o estatales.

**Para prevenir una amenaza seria a la salud o a la seguridad.** Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación se hará a alguien que esté en condiciones de ayudar a detener o reducir la amenaza.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su Información de salud a organizaciones dedicadas a la obtención, depósito (bancos) o trasplante de órganos, ojos o tejidos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Militares y excombatientes.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar Información de salud sobre usted a las autoridades del mando militar según lo autorice o requiera la ley.

**Indemnización por accidentes laborales.** Podemos divulgar Información de salud sobre usted para la indemnización por accidentes laborales (compensación de trabajadores) o programas similares según lo autorice o requiera la ley. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Divulgaciones de salud pública.** Podemos divulgar Información de salud sobre usted para actividades relacionadas con la salud pública como:

- prevenir y controlar enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidades;
- notificar eventos vitales, como nacimientos y defunciones;
- notificar casos de abuso y negligencia infantiles;
- notificar acontecimientos adversos o vigilancia relacionada con alimentos, medicamentos, o defectos o problemas con productos;

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

- notificar a personas de la retirada del mercado, reparaciones o sustituciones de productos que puedan estar usando;
- notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que podría tener riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección;

**Informes de abuso y negligencia.** Podemos divulgar su Información de salud a una autoridad gubernamental que esté autorizada por ley a recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar Información de salud a agencias gubernamentales, licenciatarias, auditoras y acreditadoras, según lo autorice o requiera la ley.

**Demandas y otros procesos legales.** Podemos divulgar Información de salud a tribunales, abogados y empleados del sistema judicial. Podemos también divulgar Información de salud sobre usted en respuesta a una resolución judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, solicitud de inspección, orden judicial u otro proceso legal.

**Aplicación de la ley.** Si se nos pide por razón de aplicación de la ley, y según lo autorice o requiera la ley, podemos divulgar Información de salud:

- Para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material, ciertos prófugos o una persona desaparecida;
- Sobre una posible víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Sobre una muerte que se sospeche que es consecuencia de una conducta criminal;
- Sobre una conducta criminal en el Sistema de Salud de UCLA; y
- En caso de una emergencia médica, para informar de un crimen, el lugar del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o paradero de la persona que cometió del crimen.

**Médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la defunción. Podemos también divulgar información médica sobre pacientes del Sistema de Salud de UCLA a directores de funerarias según sea necesario para que cumplan con sus responsabilidades.

**Actividades de inteligencia y seguridad nacional.** Según lo requerido por la ley, podemos divulgar Información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para servicios de inteligencia y contrainteligencia, y para otras actividades de seguridad nacional.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

**Servicios de protección para el Presidente y otros.** Según lo requerido por la ley, podemos divulgar Información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

**Presos.** Si usted es un preso en una institución penitenciaria o está bajo la custodia de agentes de la autoridad o funcionarios de policía, podemos divulgar Información de salud sobre usted a la institución penitenciaria según lo autorice o requiera la ley.

**Notas psicoterapéuticas.** Las *notas psicoterapéuticas* son notas grabadas (en cualquier medio) por un proveedor de atención médica que es un profesional de salud mental, documentando o analizando el contenido de una conversación durante una sesión de psicoterapia privada o una sesión de psicoterapia en grupo, conjunta o familiar, y que se mantienen separadas del expediente médico del individuo. Las notas psicoterapéuticas tienen protección adicional bajo la legislación federal y la mayor parte de los usos o divulgaciones de información psicoterapéutica requieren de su autorización por escrito.

**Marketing o venta de Información de salud.** La mayor parte de los usos y divulgaciones de su Información de salud para fines de marketing o cualquier venta de su Información de salud requerirá de su autorización por escrito.

**OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Los otros usos y divulgaciones de Información de salud no descritos en este Aviso están sujetos a su autorización por escrito y solo se realizarán si se cuenta con dicha autorización. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su Información de salud, puede revocar dicha autorización, por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no será efectiva para información que ya hayamos utilizado y divulgado con base en la autorización.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Su Información de salud es la propiedad del Sistema de Salud de UCLA. Tiene los siguientes derechos en relación con la Información de salud que mantenemos sobre usted:**

**Derecho de examen y copias.** Salvo ciertas excepciones, tiene derecho a examinar y a recibir una copia de su Información de salud. Si tenemos la información en formato electrónico, tiene derecho a recibir su Información de salud en formato electrónico si contamos con los recursos para hacerlo. Si no, acordaremos con usted una forma para que reciba la información bien electrónicamente o bien como copia impresa.

MRN:

Patient Name:

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

Para examinar o recibir una copia de su Información de salud, debe enviar su solicitud por escrito a:

Health Information Management Services Departamento  
Sistema de Salud de UCLA  
10833 Le Conte Avenue, CHS BH921  
Los Angeles CA 90095-7305

Si solicita una copia de la información, tendrá que abonar la tarifa por este servicio.

En ciertas circunstancias limitadas podemos denegar su solicitud de examinar o de recibir una copia. Si se le deniega el acceso a la Información de salud, en la mayoría de los casos, podrá solicitar que se revise la denegación. Otro profesional sanitario licenciado elegido por el Sistema de Salud de UCLA revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Acataremos el resultado de la revisión.

**Derecho a solicitar una enmienda o una adenda.** Si cree que la Información de salud que tenemos sobre usted no es correcta o es incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información o que agreguemos una adenda (adición al expediente médico). Tiene derecho a solicitar una enmienda o adición en tanto y cuanto que la información sea mantenida por o para el Sistema de Salud de UCLA.

**Enmienda.** Para solicitar una enmienda, debe realizar su solicitud por escrito y enviarla a:

Health Information Management Services Departamento  
Sistema de Salud de UCLA  
10833 Le Conte Avenue, CHS BH921  
Los Angeles CA 90095-7305

Debe indicar con precisión la información que cree que no es correcta o que está incompleta, y debe aportar una razón que respalde la solicitud.

Nosotros podemos denegar su solicitud de una enmienda si no la hace por escrito, si no podemos determinar a partir de la solicitud qué tipo de información solicita que se cambie o corrija, o si su solicitud no incluye una razón que justifique el cambio o la adición. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- No fue creada por el Sistema de Salud de UCLA
- No forma parte de la Información de salud mantenida por o para el Sistema de Salud de UCLA;
- No forma parte de la información que usted está autorizado a examinar y copiar;
- El Sistema de Salud de UCLA cree que es exacta y que está completa.

MRN:

Patient Name:

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

**Adenda.** Para solicitar una adición, debe hacerlo por escrito y enviarla a:  
Health Information Management Services Departamento  
Sistema de Salud de UCLA  
10833 Le Conte Avenue, CHS BH921  
Los Angeles CA 90095-7305

Una adición no debe tener más de 250 palabras por punto supuestamente incompleto o incorrecto en su expediente médico.

**Derecho a recibir un detalle de las divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su Información de salud.

Para solicitar este detalle de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a:  
Health Information Management Services Departamento  
Sistema de Salud de UCLA  
10833 Le Conte Avenue, CHS BH921  
Los Angeles CA 90095-7305

Su solicitud debe especificar un período de tiempo que no puede ser superior a los seis años anteriores. Tiene derecho a recibir un detalle gratuito por cada período de 12 meses. Si solicita un segundo detalle dentro de un mismo período de 12 meses, se aplicará una tasa por el trabajo de compilar el detalle. Le notificaremos de la tasa aplicada y usted podrá retirar o modificar la solicitud en ese momento, antes de incurrir en ningún gasto.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar que se imponga una restricción o limitación en la Información de salud que utilizamos o divulgamos sobre usted para operaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o la atención médica. Tiene también derecho a solicitar que se imponga un límite en la Información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté implicado en su atención o en el pago por su atención, como un familiar o un amigo.

Para solicitar una restricción, debe enviar su solicitud por escrito a:  
Health Information Management Services Departamento  
Sistema de Salud de UCLA  
10833 Le Conte Avenue, CHS BH921  
Los Angeles CA 90095-7305

En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quiénes desea aplicar los límites (por ejemplo, solo a usted y su cónyuge). *No estamos obligados a aceptar su solicitud salvo en la circunstancia limitada descrita a continuación.* Si aceptamos, nuestro acuerdo debe ser por escrito, y cumpliremos su solicitud a menos que la información se necesite para proporcionarle atención médica de urgencia.



MRN:

Patient Name:

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

Estamos obligados a aceptar su solicitud de no compartir su información con su plan de salud si se cumplen las condiciones siguientes:

1. No estamos obligados de ninguna otra forma por ley a compartir la información
2. La información se compartiría con su compañía de seguro para fines de pago
3. Usted paga el importe total adeudado por la atención médica o el servicio de su propio bolsillo o alguien paga el importe total por usted.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su Información de salud en una forma determinada o en una dirección o lugar determinados. Por ejemplo, podría pedir que nos pongamos en contacto con usted solo en casa o solo a través de correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones médicas confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito a:  
Health Information Management Services Departamento  
Sistema de Salud de UCLA  
10833 Le Conte Avenue, CHS BH921  
Los Angeles CA 90095-7305

Responderemos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se le contacte.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso electrónicamente, sigue teniendo derecho a una copia impresa de él.

Hay copias de este aviso a disposición de los interesados a través del Sistema de Salud de UCLA, o puede obtener una copia en nuestro sitio web, <http://www.uclahealth.org>.

**Derecho a ser notificado de una violación de la seguridad.** Tiene derecho a ser notificado si nosotros o uno de nuestros socios comerciales descubre una violación de la seguridad de la Información de salud no protegida sobre usted.

**CAMBIOS A LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE UCLA Y A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad del Sistema de Salud de UCLA y este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la Información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual a través del Sistema de Salud de UCLA. Además, en cualquier momento puede solicitar una copia del aviso vigente actualmente.

MRN:

Patient Name:

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

**PREGUNTAS O QUEJAS**

Si tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con:

Office of Compliance Services – Privacy  
Sistema de Salud de UCLA  
924 Westwood Boulevard, Suite 520  
Los Angeles CA, 90024-2929 or (310) 794-8638

Si cree que sus derechos de privacidad han sido quebrantados, puede presentar una queja al: Sistema de Salud de UCLA o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles.

Para presentar una queja por escrito al Sistema de Salud de UCLA, póngase en contacto con:

Office of Compliance Services – Privacy  
Sistema de Salud de UCLA, 924 Westwood Boulevard, Suite 520  
Los Angeles CA 90024-2929

No se le penalizará por presentar una queja.

MRN:

Patient Name:

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
(Notice of Privacy Practices)

**Fecha efectiva: 23 de septiembre 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](http://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 (Date)

\_\_\_\_\_  
Hora (Time)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

\_\_\_\_\_  
Hora (Time)

\_\_\_\_\_  
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 (Date)

\_\_\_\_\_  
Hora (Time)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde Departamento

**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](mailto: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: (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: ຖ້າຄຸນພຸດພາສາໄທຍຄຸນສາມາດໃຊ້ບໍຣິກາຣຸ່ວຍເລື້ອທາງພາສາໄດ້ຟຣີ ໂທຣ (310) 267-9113 (TTY: 310-267-3902).