AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON FINES EDUCATIVOS E INSTRUCTIVOS

Nombre de la persona

Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento de la persona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA):

USC[[1]](#footnote-1) se compromete a proteger la privacidad de su información de salud. Una ley federal conocida como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) le brinda protección con respecto al uso y la divulgación de su información de salud, además de las protecciones que ya existen en virtud de las leyes sobre privacidad de California. Estas leyes federales y estatales exigen que le entreguemos este formulario de autorización para que lo lea y lo firme.

**Autorización para el uso de la información de salud**:

Esta autorización permite que USC y su(s) proveedor(es) de atención médica que le atiende(n) utilicen su información de salud mientras usted recibe tratamiento en USC con fines educativos e instructivos según se describe a continuación. Estas fotografías o filmaciones pueden incluir imágenes, grabaciones en movimiento, impresiones, negativos y/o cualquier otra grabación visual y de audio, o sus reproducciones, en cualquier formato (en forma conjunta, el “Material audiovisual”). Específicamente, su información se usará del siguiente modo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted comprende que es posible que se revele una imagen de usted u otros detalles que podrían dar a conocer su identidad. Esta autorización también les permite a USC y a su(s) proveedor(es) de atención médica divulgar determinada información de atención médica relacionada con su tratamiento, que se usará para los fines educativos y de instrucción especificados anteriormente.

Usted le otorga a USC el derecho incondicional e ilimitado de entrevistarle y usar su nombre, voz, imagen, información biográfica y la totalidad o parte del Material audiovisual, ya sea en su forma original o editado por USC a su entera discreción, con fines educativos y de instrucción. USC es y será el único y exclusivo propietario y titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre la totalidad del Material audiovisual, incluidos los derechos de autor. En la medida en que su participación en el Material audiovisual le permita ejercer algún reclamo con respecto a los derechos de autor, su participación se considerará un trabajo encargado especialmente y, por lo tanto, una prestación de servicios.

Al firmar esta autorización, usted renuncia a cualquier derecho de compensación por dichos usos. Además, usted y sus sucesores o cesionarios eximen y relevan de toda responsabilidad a USC, sus administradores, directores, funcionarios, empleados, agentes o afiliadas, con respecto a cualquier reclamo por lesiones relacionadas con el uso o la exhibición de su fotografía, voz, imagen o cualquier otra característica que le identifique en la presentación y el uso de su fotografía y/o filmación. Asimismo renuncia a cualquier compensación que resulte de las actividades autorizadas por usted mediante la presente autorización.

¿Durante cuánto tiempo tendrá vigencia esta autorización?

Esta autorización permanecerá vigente durante un período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años a partir de la fecha de su firma al pie.

¿Qué sucede si no quiero firmar o si después cambio de opinión?

La firma de este formulario es absolutamente voluntaria. Si no firma, no se verán afectados el comienzo, la continuación ni la calidad del tratamiento que le brinda USC, ni su cumplimiento con los requisitos para recibir beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre cómo podrían usarse sus fotografías o su filmación, o si cambia de opinión, puede revocar esta autorización en cualquier momento, enviando una notificación de revocación por escrito a la dirección que figura a continuación. La revocación entrará en vigor en el momento de su recepción. Tenga en cuenta, no obstante, que USC podrá seguir usando y divulgando las fotografías y filmaciones que haya obtenido en función de esta autorización y antes de recibir la revocación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Las personas que reciben mi información de salud conforme a esta autorización tienen permitido utilizarla o divulgarla con otros fines?

USC no utilizará ni divulgará su información de salud, conforme a esta autorización, para otros fines que no sean los permitidos por su autorización escrita o según lo exijan o estipulen específicamente las leyes. No obstante, usted comprende que está prestando su consentimiento para que se le tomen fotografías o se le filme, y autorizando la divulgación de cualquier información de salud que contenga la fotografía/filmación y sobre la que se converse durante la presentación con fines educativos y académicos. Una vez que se divulgue, las protecciones de privacidad federales y estatales dejarán de ser aplicables.

¿Tiene preguntas? Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, la dirección de la Oficina de Cumplimiento de USC es: Office of Compliance,   
3500 Figueroa, Suite 105, Los Angeles, CA 90089-8007. Puede comunicarse con la Oficina de Cumplimiento por teléfono, llamando al 213-704-8258, o por correo electrónico a [complian@usc.edu](mailto:complian@usc.edu).

He leído y entiendo las condiciones de esta autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de mi información de salud por parte de USC con posibles fines educativos o de instrucción. Por el presente, doy mi autorización consciente y voluntariamente para que USC utilice mi información de salud para los fines especificados en este documento.

Firma de la persona/el paciente Fecha

Si la persona/el paciente no puede firmar esta autorización, complete la siguiente información:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nombre del tutor/ Relación jurídica Fecha

# Representante personal

**Se le entregará una copia firmada de esta autorización.**

1. A los fines de la Regla de privacidad de la ley HIPAA, USC incluye a las entidades que conforman Keck Medicine of USC, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, USC Norris Cancer Hospital; Keck Hospital of USC; los médicos, enfermeros y demás personal clínico que son empleados de USC; las unidades de USC que prestan servicios clínicos dentro de la Facultad de Medicina Keck, la Facultad de Farmacia, la Facultad de Odontología Herman Ostrow, la Facultad de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, la Facultad de Trabajo Social Suzanne Dworak-Peck, así como USC Care Medical Group; fundaciones médicas afiliadas de Keck y sus médicos, enfermeros y personal clínico; el Centro de Salud Estudiantil Engemann; el Centro de Salud Estudiantil Eric Cohen Student; USC Verdugo Hills Hospital, sus enfermeros y demás personal clínico; Verdugo Radiology Medical Group; Verdugo Hills Anesthesia y Chandnish K. Ahluwalia, M.D., Inc., y las unidades de apoyo de las funciones clínicas y de investigación clínica, incluidas las Oficinas del Consejero Jurídico, Auditoría y Cumplimiento. [↑](#footnote-ref-1)