

AUTORIZACIÓN PARA EL US DE INFORMACIÓN DE SALUD CON FINES PÚBLICOS Y OTROS PROPÓSITOS DE RELACIONES CON LOS MEDIOS

Finalidad de este formulario:

USC¹ se compromete a proteger la privacidad de su información de salud. 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 de California. Dicha ley federal exige 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 le permite a USC, incluyendo a su médico y proveedores de atención de la salud, hablar sobre su caso y el tratamiento que usted recibió con personas o entidades que están preparando un artículo, una historia para difusión en los medios, una película o un producto de marketing con el objetivo de comunicar o comercializar servicios relacionados con la salud en nombre de USC.

Es posible que representantes de USC, o representantes de los medios de comunicación en sí, le fotografíen o filmen o graben su voz. Usted comprende que es posible que se revelen su nombre, su imagen u otros detalles que podrían dar a conocer su identidad.

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 de y contra reclamos por lesiones relacionadas con el uso, la reproducción, la distribución o exhibición de su fotografía, voz, imagen, nombre o cualquier otra característica que le identifique en su transmisión o publicación. Asimismo renuncia a cualquier compensación que resulte de las actividades autorizadas por usted mediante la presente 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.

¿Durante cuánto tiempo tendrá vigencia esta autorización?

Esta autorización permanecerá vigente durante un período de cinco (5) años a partir de la fecha de mi 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 cambia de parecer en cualquier momento, puede revocar esta autorización. Para ello, envíe un aviso por escrito a la oficina de Marketing y Comunicaciones de Keck Medicine of USC que explique que desea revocar esta autorización. El aviso debe enviarse a: **2011 N. Soto Street, SST-2830, Los Angeles, CA 90032**. La revocación entrará en vigor en el momento de su recepción.

Escriba en letra de molde su información de contacto por si USC necesitara comunicarse con usted en relación con esta autorización:

Nombre y apellido: _____

Dirección postal: _____

Teléfono / Dirección de correo electrónico: _____

¿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. Sin embargo, usted comprende que está autorizando la divulgación de su información de salud en medios de difusión pública. Una vez que se divulguen, las protecciones de privacidad de la ley federal dejarán de ser vigentes.

¿Tiene preguntas? 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 213-740-8258 o por correo electrónico a compliance@usc.edu.

He leído y entiendo las condiciones de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de mi información de salud por parte de USC y su posible uso en medios de difusión pública o publicaciones. 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/representante personal

Relación jurídica

Fecha

Se le entregará una copia firmada de esta autorización.