

HARBOR-UCLA MEDICAL CENTER

SUBJECT: PHOTOGRAPHY

POLICY NO. 118A

PURPOSE:

This policy serves to clarify the types and uses of photography that require informed consent. Obtaining verbal consent is sufficient in most circumstances. However, certain cases require written informed consent, which must be filed in the patient's medical record.

POLICY:

The Medical Center (Harbor-UCLA) shall have the ability to take photographs of patients at all times to the extent possible consistent with patient care needs, safety, privacy, and applicable laws and regulations.

DEFINITIONS:

Capacity: A person's ability to understand the nature and consequences of a decision and to make and communicate a decision.

Photograph/Photography: To include still photography or video, in digital or any other format, and any other means of recording or reproducing images.

Publication: Any method of displaying or distributing photographs. This includes simply showing the photographs to a limited number of individuals or by means of social networks or websites.

PROCEDURE:

I. PATIENTS

A. Family/Visitor Request for Photography

1. GENERAL: In the event that a family member or visitor wishes to take a photograph of the patient, or a parent or legal guardian wishes to have photographs taken of their hospitalized child, and providing that it does not interfere with other patients' rights or the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), then a verbal consent from the patient to be photographed or the parent/legal guardian of the hospitalized child is acceptable. If the patient does not have capacity to give verbal consent, then the person to make the decision for the patient may be the patient's guardian, next of kin, or legally authorized responsible person.

EFFECTIVE DATE: 10/92

REVISED: 5/97, 1/02, 2/05, 2/12, 4/20


REVIEWED: 3/96, 2/99, 1/02, 8/07, 2/12, 8/15, 7/19, 4/20


REVIEWED COMMITTEE: Medico-Legal Committee

SUPERSEDES:

APPROVED BY:


Kim McKenzie, RN, MSN, CPHQ
Chief Executive Officer


Anish Mahajan, MD
Chief Medical Officer


Nancy Blake, PhD, RN, NEA-BC, FAAN
Chief Nursing Officer

HARBOR-UCLA MEDICAL CENTER

SUBJECT: PHOTOGRAPHY

POLICY NO. 118A

Cases in which the request may interfere with other patients' rights, HIPAA, or hospital operations (e.g., delivery of patient care) need to be referred to Administration. Each request will be evaluated on an individual basis.

In making this evaluation, the following may be consulted:

- Chief Executive Officer (CEO) or designee
- Chief Nursing Officer (CNO) or designee
- Physician of Record
- Public Information Officer (PIO)
- DHS Communications Officer, or
- Facility Privacy Manager

The CEO or designee will have the final decision on indeterminate matters.

2. SPECIAL CIRCUMSTANCES:

- a. Photographs of patients in Labor & Delivery (L&D) may be taken by the patient's coach (or designee) with the approval of the delivering mother's nurse and the obstetric provider (physician or other licensed provider). As with other patients, once the L&D patient has delivered, photographs of both the patient and newborn are permitted with the delivering mother's verbal consent.
- b. Photographs of patients may be taken by law enforcement agencies when the patient/surrogate provides written informed consent (see below) or if the patient is in legal custody.

B. Hospital Request for Photography

Hospital staff may, at times, photograph patients for internal purposes to be used only within the facility. Such internal purposes include photographs taken for diagnosis, care or treatment, performance improvement, peer review, education or training conducted by the hospital. The hospital recognizes that the use of photographs is sometimes necessary to provide optimal medical care to patients. Consent from the patient is required and is routinely obtained through the "Conditions of Admission" form (Attachment A) that incorporates and alerts the patient of this practice.

When photographing patients, staff are required to use County-owned devices (e.g., digital cameras, Surface Pro tablets, etc.) that have been encrypted by Information Services. The County-approved platform, HIPAABridge, can be used on personally-owned devices (prior authorization by the Department Chair and set-up by Information Systems is required). Otherwise, using personal devices to photograph patients is prohibited.

II. HOSPITAL STAFF

Photographs of hospital staff (DHS employees, authorized contractors, students, agency personnel, and volunteers) requires the verbal consent of the staff who is to be photographed. Otherwise photographing hospital staff without their consent is prohibited.

HARBOR-UCLA MEDICAL CENTER

SUBJECT: PHOTOGRAPHY

POLICY NO. 118A

III. PHOTOGRAPHS/PHOTOGRAPHY REQUIRING WRITTEN INFORMED CONSENT

The patient, parent/legal guardian, or legal representative must give written informed consent and authorization (separate from the "Conditions of Admissions" form) by completing the "Consent to Photograph and Authorization for Use or Disclosure" (Attachment B) for each of the conditions below:

1. Instances where images with identifiable patient characteristics are used **internally** for purposes *other than* diagnosis, care or treatment of the patient, performance improvement, peer review, education or training occurring within the facility.
2. Instances where images with identifiable patient characteristics are disclosed **externally** for publication, board certification, or education occurring outside the facility.

**EMERGENCY MEDICAL TREATMENT CONDITIONS OF ADMISSION
PART I**

MEDICAL CONSENT: I agree to the procedures and treatments that may take place on me/patient while a patient in the Hospital/Clinic. These procedures and treatments may include physical exams, laboratory and other tests, x-rays, pain relief, routine/simple nursing, surgical and other medical services, procedures and treatments, and telehealth services. I understand that Hospitals/Clinics run by the County of Los Angeles may be teaching facilities. I understand and agree that interns, residents, and fellows supervised by an attending physician may care for me/patient. I understand and agree that I may receive care from a physician who does not hold a physician's and surgeon's certificate but who is qualified and certified by the California Medical Board to provide care in a special program as a visiting professor or faculty member. I also agree that medical students, dental students, student nurses, and any other students approved by the Hospital/Clinic may help in, or observe, my/patient's care. I agree that the Hospital/Clinic may use and get rid of any tissue, organ, matter or other item removed from my/patient's body.

PICTURES/VIDEO/AUDIO: I agree that pictures, video or other images, or audio recordings of me/patient may be taken for treatment purposes and for the Department of Health Services' healthcare operations, including peer review, quality improvement, training and education.

HOSPITAL/CLINIC RULES: I agree that I/patient will follow the rules and accept that the Administrator/Director of the Hospital/Clinic will be the only person who will decide if Hospital/Clinic rules are being followed. I agree that if I/patient fails to follow the rules, I/patient may be asked to go home or be discharged from the Hospital/Clinic.

NURSING CARE: I understand and agree that the Hospital/Clinic provides only general duty nursing care unless, upon orders from my/patient's doctor, I/patient will be given more intensive nursing care.

MATERNITY PATIENTS: If I deliver an infant(s) while a patient in this hospital, I agree that these same Conditions of Admission apply to the infant(s).

RELEASE OF INFORMATION: I understand that my/patient's health information is protected by state and federal law. Unless the law says it is allowed, a separate form must be signed for the Hospital/Clinic to use my/patient's health information.

USE OF PATIENT INFORMATION TO OBTAIN PAYMENT FOR HOSPITAL/CLINIC SERVICES: I agree that the Hospital/Clinic may share any part of my/patient's records, including the medical record, with someone who is responsible for paying the Hospital/Clinic bill. This might be an insurance company, health care plan or worker's compensation company. If a patient is being treated for alcohol or drug abuse, HIV/AIDS, or is for mental health problems, special permission may be needed to share this information.

PERSONAL VALUABLES IN THE HOSPITAL: I understand that the Hospital has a safe for money and valuables. The Hospital is not responsible for money or valuables that are not put in the safe. If I do not put money or valuables in the safe, they may be stolen or lost. I understand that I should leave my money and valuables at home. I understand that the Hospital is only responsible for up to \$500 worth of lost/stolen items in the safe, unless I have a receipt from the Hospital for a larger amount.

PROPOSITION 65 WARNING: Proposition 65 requires the Governor to publish a list of chemicals "known to the State to cause cancer, birth defects or reproductive harm." It also requires California companies, including health care providers, to warn the public of potential exposures to these chemicals. Some of the chemicals on the Governor's list are used by health care facilities, including the Department of Health Services facilities. You may be exposed to some of the chemicals during your stay at the Hospital/Clinic. In addition to these chemicals, some drugs used to treat patients include chemicals known to the State to cause cancer, birth defects, or reproductive harm. Please consult your health care provider or pharmacist at Hospital/Clinic for specific information about any drugs prescribed for you. If you have questions regarding this information, please visit the Office of Environmental Health at www.oehha.ca.gov or call (916) 445-6900.

MRUN
NAME
DOB/GENDER

**EMERGENCY MEDICAL TREATMENT
CONDITIONS OF ADMISSION**



COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

NOTICE TO CONSUMERS: If you have concerns about patient care and safety that the Hospital/Clinics have not addressed, you are encouraged to contact Hospital/Clinic administration. If the concerns cannot be resolved through Hospital/Clinic administration, you may contact The Joint Commission at (800) 994-6610 or complaint@jointcommission.org. The medical doctors at this facility are licensed and regulated by the Medical Board of California. For additional information, or to file a complaint about a medical doctor (MD), contact the Medical Board of California at (800) 633-2322 or www.mbc.ca.gov. The physician assistants at this facility are licensed and regulated by the Physician Assistant Committee. For additional information, or to file a complaint about a physician assistant (PA), contact the Physician Assistant Committee at (916) 561-8780 or www.pac.ca.gov.

I AM SIGNING THIS TO SAY I UNDERSTAND AND AGREE TO ALL THE ABOVE STATEMENTS. I HAVE BEEN GIVEN THE CHANCE TO ASK QUESTIONS AND TO HAVE MY QUESTIONS ANSWERED. I AM AUTHORIZED AS THE PATIENT OR THE PATIENT'S REPRESENTATIVE TO AGREE TO THESE THINGS. I HAVE RECEIVED A COPY OF THIS AGREEMENT.

WITNESS SIGNATURE PATIENT OR RESPONSIBLE PERSON SIGNATURE RELATIONSHIP TO PATIENT DATE TIME

ADDRESS STREET CITY ZIP

(Boxes below to be completed by institution's staff.)

MINOR CONSENT: Emancipated (FC 7002-7140), Self-sufficient (FC 6922), Pregnant (treatment/prevention) (FC 6925),
 Active Duty Armed Forces (FC 7002), Reportable CD (FC 6926), Care for Rape (FC 6927), Care for Sexual Assault (FC 6928),
 Care for Alcohol/Drug Abuse (FC 6929), Mental Health Treatment/Counseling Services (FC 6924)

ADVANCE DIRECTIVE: (See attached if applicable) Brochure on Patient Self Determination Act given to patient.

Patient has Advance Directive: Yes No Unknown.

If yes, copy placed on chart or, advised patient to provide copy to physician.

If no, does patient want further information on Advance Directive Yes No

PHYSICIAN ORDERS FOR LIFE SUSTAINING TREATMENT (POLST)

Patient has completed POLST form: Yes No Unknown.

If yes, copy placed on chart or, advised patient to provide copy to physician.

If no, does patient want further information regarding POLST Yes No

Patient has Organ Donor Card: Yes No

MRUN

NAME

DOB/GENDER

**EMERGENCY MEDICAL TREATMENT
CONDITIONS OF ADMISSION**



T-HS62

**EMERGENCY MEDICAL TREATMENT CONDITIONS OF ADMISSION
PART II**

FINANCIAL AGREEMENT: I understand and agree that I am the person responsible for paying the Hospital/Clinic if the patient does not have insurance, at the regular rates and terms of the Hospital/Clinic. If I do not pay and the bill goes to collections, I agree to pay any attorney's fees and collection expenses. If my account is late, I agree that I can be charged interest at the legal rate.

MEDI-CAL/MEDICARE: If I filled out Medi-Cal or Medicare Program forms, I agree that I filled out the forms truthfully. I agree to release information needed to complete this request. I agree to allow payment to be made directly to the County of Los Angeles Department of Health Services. I agree to pay any leftover charges that I am legally responsible for. I give the rights that I have to payment under Medicare Part A or B for care at Hospital/Clinic, including any physician services to Hospital/Clinic.

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: I agree to allow patient's insurance company to pay the County of Los Angeles directly. This includes Medical Groups associated with the County. I agree to pay any leftover charges not paid by the insurance company. I agree to pay for services provided to the patient and accept the terms above.

WITNESS SIGNATURE PATIENT OR RESPONSIBLE PERSON SIGNATURE RELATIONSHIP TO PATIENT DATE TIME

ADDRESS STREET CITY ZIP

MRUN

NAME

DOB/GENDER

**EMERGENCY MEDICAL TREATMENT
CONDITIONS OF ADMISSION**



PATIENT RIGHTS

You have the right to:

1. Considerate and respectful care, and to be made comfortable. You have the right to respect for your cultural, psychosocial, spiritual, and personal values, beliefs, and preferences.
2. Have a family member (or other representative of your choosing) and your own physician notified promptly of your admission to the hospital.
3. Know the name of the physician who has primary responsibility for coordinating your care and the names and professional relationships of other physicians and non-physicians who will see you.
4. Receive information about your health status, diagnosis, prognosis, course of treatment, prospects for recovery and outcomes of care (including unanticipated outcomes) in terms you can understand. You have the right to effective communication and to participate in the development and implementation of your plan of care. You have the right to participate in ethical questions that arise in the course of your care, including issues of conflict resolution, withholding resuscitative services, and forgoing or withdrawing life-sustaining treatment.
5. Make decisions regarding medical care, and receive as much information about any proposed treatment or procedure as you may need in order to give informed consent or to refuse a course of treatment. Except in emergencies, this information shall include a description of the procedure or treatment, the medically significant risks involved, alternate courses of treatment or non-treatment and the risk involved in each, and the name of the person who will carry out the procedure or treatment.
6. Request or refuse treatment, to the extent permitted by law. However, you do not have the right to demand inappropriate or medically unnecessary treatment or services. You have the right to leave the health facility even against the advice of members of the medical staff, to the extent permitted by law.
7. Be advised if the health facility/licensed independent practitioner proposes to engage in or perform human experimentation affecting your care or treatment. You have the right to refuse to participate in such research projects.
8. Reasonable responses to any reasonable requests made for service.
9. Appropriate assessment and management of your pain, information about pain, pain relief measures, and to participate in pain management decisions. You may request or reject the use of any or all modalities to relieve pain, including opiate medication, if you suffer from severe chronic intractable pain. The doctor may refuse to prescribe the opiate medication, but if so, must inform you that there are physicians who specialize in the treatment of severe chronic pain with methods that include the use of opiates.
10. Formulate advance directives. This includes designating a decision maker if you become incapable of understanding a proposed treatment or become unable to communicate your wishes regarding care. Health facility staff and practitioners who provide care in the organization shall comply with these directives. All patients' rights apply to the person who has legal responsibility to make decisions regarding medical care on your behalf. Complaints about the advance directive requirements may be made to the California Department of Public Health (see contact information below).
11. Have personal privacy respected. Case discussion, consultation, examination and treatment are confidential and should be conducted discreetly. You have the right to be told the reasons for the presence of any individual. You have the right to have visitors leave prior to an examination and when treatment issues are being discussed. Privacy curtains will be used in semi-private rooms.

12. Confidential treatment of all communications and records pertaining to your care and stay in the health facility. You will receive a separate "Notice of Privacy Practices" that explains your privacy rights in detail and how we may use and disclose your protected health information.
13. Receive care in a safe setting, free from mental, physical, sexual, or verbal abuse and neglect, exploitation or harassment. You have the right to access protective and advocacy services including notifying government agencies of neglect or abuse.
14. Be free from restraints and seclusion of any form as used as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation by staff.
15. Reasonable continuity of care and to know in advance the time and location of appointments as well as the identity of the persons providing the care.
16. Be informed by the physician, or delegate of the physician, of continuing health care requirements and options following discharge from the health facility. You have the right to be involved in the development and implementation of your discharge plan. Upon your request, a friend or family member may be provided this information also.
17. Know which health facility rules and policies apply to your conduct while a patient.
18. Designate a support person, as well as visitors of your choosing, if you have decision-making capacity, whether or not the visitor is related by blood or marriage, or registered domestic partner status, unless: no visitors are allowed; the health facility reasonably determines that the presence of a particular visitor would endanger the health or safety of a patient, a member of the health facility staff or other visitor to the health facility, or would significantly disrupt the operations of the health facility; you have told the health facility staff that you no longer want a particular person to visit. However, a health facility may establish reasonable restrictions upon visitation, including restrictions upon the hours of visitation and number of visitors. The health facility must inform you (or your support person, where appropriate) of your visitation rights, including any clinical restrictions or limitations. The health facility is not permitted to restrict, limit, or otherwise deny visitation privileges on the basis of race, color, national origin, religion, sex, gender identity, sexual orientation, or disability.
19. Have your wishes considered if you lack decision-making capacity, for the purposes of determining who may visit. The method of that consideration will comply with federal law and be disclosed in the health facility's policy on visitation. At a minimum, the health facility shall include any persons living in your household and any support person pursuant to federal law.
20. Examine and receive an explanation of your bill regardless of the source of payment.
21. Exercise these rights without regard to sex, economic status, educational background, race, color, religion, ancestry, national origin, sexual orientation, age, disability, medical condition, marital status, registered domestic partner status, or the source of payment for care.
22. File a grievance. If you want to file a grievance with this health facility, you may do so by writing or by calling the Patient Relations Department/Patient Advocate. Your grievance will be reviewed and you will be provided with a written response. The response will contain the name of a person to contact at the health facility, the steps taken to investigate the grievance, the results of the grievance process, and the date of completion of the grievance process. Concerns regarding quality of care or premature discharge will also be referred to the appropriate Utilization and Quality Control Peer Review Organization (PRO).
23. File a complaint with the California Department of Public Health regardless of whether you use the health facility's grievance process. The California Department of Public Health's phone number and address is 800-228-5234, 681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868.

CONDICIONES DE INGRESO/VISITA A CLÍNICA

CONSENTIMIENTO MÉDICO: Estoy de acuerdo con los procedimientos y tratamientos que podrían ocurrir conmigo/con paciente mientras ser un paciente en el hospital/clínica. Estos procedimientos y tratamientos podrían incluir exámenes físicos, pruebas de laboratorio y de otras clases, radiografías, alivio de dolor, atención de rutina/simple, servicios quirúrgicos y otros servicios médicos, procedimientos y tratamientos y servicios de telesalud. Entiendo que hospitales/clínicas operados por el condado de Los Angeles podrían ser hospitales/clínicas de enseñanza. Comprendo y acepto que pueden cuidarme/cuidar al paciente los internos, los residentes y los compañeros supervisados por un médico a cargo. Comprendo y acepto que puedo recibir cuidados de parte de un médico que no cuenta con certificación de médico o cirujano pero que está calificado y tiene un certificado expedido por la Junta Médica de California (California Medical Board) para brindar atención en un programa especial como profesor visitante o miembro de la facultad. También estoy de acuerdo que estudiantes de medicina, estudiantes de odontología, estudiantes de enfermería, y cualquier otros estudiantes aprobados por el hospital/clínica podrían ayudar con, u observar, mi atención/la atención del paciente. Estoy de acuerdo que el hospital/clínica puede usar y deshacerse de cualquier tejido, órgano, materia u otra pieza que se saca de mi cuerpo/cuerpo de paciente.

FOTOGRAFÍAS/VIDEO/AUDIO: Estoy de acuerdo que se pueden tomar fotografías, video u otras imágenes, o grabaciones de sonido de mí/paciente con propósito de tratamiento y para las operativas médicas, incluyendo evaluación por pares, mejora de calidad, entrenamiento y educación.

REGLAS DE HOSPITAL/CLÍNICA: Estoy de acuerdo que yo/paciente seguiré/á las reglas y acepto/a que el administrador/director del hospital/clínica será la única persona que decidirá si se están siguiendo las reglas del hospital/clínica. Estoy de acuerdo que si yo/paciente fallo/a en seguir las reglas me/le podrían pedir que me/se vaya a la casa o que se le dé de alta del hospital/clínica.

CUIDADO DE ENFERMERÍA: Entiendo y estoy de acuerdo que el hospital/clínica únicamente proporciona cuidado general de enfermería a menos que, con órdenes de mi médico/ médico de paciente, se me/le (al paciente) dará cuidado más intensivo de enfermería.

PACIENTES DE MATERNIDAD: Si doy nacimiento a un bebé(s), mientras que soy un paciente en este hospital, estoy de acuerdo en que estas mismas condiciones de admisión se aplican al bebé(s).

DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN: Entiendo y estoy de acuerdo que mi información médica/información médica de paciente tiene protección bajo ley estatal y federal a menos que la ley diga que se permite, se tiene que firmar un formulario aparte para que el hospital/clínica use mi información médica/información médica de paciente.

UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE PACIENTE PARA OBTENER PAGO POR SERVICIOS DE HOSPITAL/CLÍNICA: Estoy de acuerdo que el hospital/clínica puede compartir cualquier parte de mis expedientes/expedientes de paciente, incluyendo el expediente médico, con alguien que se hace responsable de pagar la cuenta del hospital/clínica. Podría ser una compañía de seguro, plan de atención médica o compañía de indemnización para trabajador. Se podría necesitar permiso especial para compartir esta información si se está tratando un paciente por abuso de alcohol o drogas, VIH/ SIDA, o por problemas de salud mental.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo y estoy de acuerdo que yo soy la persona responsable por hacer el pago al hospital/clínica si el paciente no tiene seguro, con las tasas y términos regulares del hospital/clínica. Si no pago y la cuenta se pasa a cobro, me pongo de acuerdo a pagar cualquier costo de abogado y gastos de cobro. Si mi cuenta se atrasa, estoy de acuerdo que se me puede cobrar interés según la tasa legal.

MEDI-CAL/MEDICARE: Si llené formularios del programa Medi-Cal o Medicare, estoy de acuerdo que llené el formulario sinceramente. Estoy de acuerdo difundir información que se necesita para completar este pedido. Estoy de acuerdo permitir que se haga pago directamente al departamento de servicios médicos condado de Los Angeles [County of Los Angeles Department of Health Services]. Estoy de acuerdo pagar cualquier cobro restante por el cual soy responsable legalmente. Doy los derechos que tengo a pago bajo Medicare parte A o B por atención en hospital/clínica, incluyendo cualquier servicio de médico a hospital/clínica.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Estoy de acuerdo permitir que la compañía de seguro de paciente le pague directamente al condado de Los Angeles. Esto incluye grupos médicos asociados con el condado. Estoy de acuerdo pagar cualquier cobro restante no pagado por la compañía de seguro.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR EN EL HOSPITAL: Entiendo que el hospital tiene una caja fuerte para dinero y objetos de valor. El hospital no se hace responsable por dinero u objetos de valor que no se guardan en la caja fuerte. Si no pongo dinero u

MRUN
NAME
DOB/GENDER



T-HS62SPA

objetos de valor en la caja fuerte podrían ser robados o se podrían perder. Entiendo que debo dejar mi dinero y objetos de valor en casa. Entiendo que el hospital únicamente se hace responsable por hasta \$500 de artículos perdidos/robados en la caja fuerte, a menos que tenga un recibo del hospital para una cantidad que sea más.

ADVERTENCIA DE PROPOSICIÓN 65: Proposición 65 requiere que el gobernador publique una lista de sustancias químicas "que el estado ha sabido que causa cancer, defectos de nacimiento o daño reproductor." También requiere que compañías de California, incluyendo proveedores de atención médica, le advierten al público sobre exposiciones posibles a estas sustancias químicas. Algunas de estas sustancias químicas en la lista del gobernador se usan en sitios de atención médica, incluyendo los sitios del departamento de servicios médicos. Usted podría ser expuesto a algunas de las sustancias químicas durante su estancia en el hospital/clínica. Además de estas sustancias químicas, se usan algunas drogas para tratar pacientes incluyendo sustancias químicas que el estado ha sabido causa cancer, defectos de nacimiento, o daño reproductor. Por favor consulte con su proveedor médico o farmacéutico en hospital/clínica para información específica sobre algunas drogas que se le han recetado. Si tiene alguna pregunta tocante a esta información, por favor visite la oficina de salud ambiental en www.oehha.ca.gov o llame (916) 445-6900.

AVISO A CONSUMIDORES: Si usted tiene preocupaciones sobre cuidado de pacientes y seguridad a las cuales el hospital/clínica no se ha dirigido, se le anima que contacte la administración de hospital/clínica. Si no se puede resolver las preocupaciones a través de la administración del hospital/clínica, puede contactar la comisión conjunta al (800) 994-6610 o complaint@jointcommission.org. Los médicos en este sitio tienen licencia y son regulados por la junta médica de California [Medical Board of California]. Para más información, o para registrar una queja sobre un médico (MD), contacte la junta médica de California [Medical Board of California] al (800) 633-2322 o www.mbc.ca.gov. Los asistentes médicos de este centro cuentan con licencia y están reglamentados por el Comité de Asistentes Médicos (Physician Assistant Committee). Para obtener información adicional o para presentar un reclamo acerca de un asistente médico (physician assistant o PA), comuníquese con el Comité de Asistentes Médicos al (916) 561-8780 o a través de www.pac.ca.gov.

FIRMO ESTO DICHIENDO QUE ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS DECLARACIONES ARRIBA. SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TENER MIS PREGUNTAS CONTESTADAS. TENGO AUTORIZACIÓN COMO EL PACIENTE O REPRESENTANTE DE PACIENTE PARA PONERME DE ACUERDO CON ESTAS COSAS. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE ACUERDO

FIRMA DE TESTIGO FIRMA DE PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE RELACIÓN A PACIENTE FECHA HORA

DIRECCIÓN CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

(Boxes below to be completed by institution's staff.)

MINOR CONSENT: Emancipated (FC 7002-7140), Self-sufficient (FC 6922), Pregnant (treatment/prevention) (FC 6925), Active Duty Armed Forces (FC 7002), Reportable CD (FC 6926), Care for Rape (FC 6927), Care for Sexual Assault (FC 6928), Care for Alcohol/Drug Abuse (FC 6929), Mental Health Treatment/Counseling Services (FC 6924)

ADVANCE DIRECTIVE: (See attached if applicable) Brochure on Patient Self Determination Act given to patient.

Patient has Advance Directive: Yes No Unknown.
If yes, copy placed on chart or, advised patient to provide copy to physician.
If no, does patient want further information on Advance Directive Yes No

PHYSICIAN ORDERS FOR LIFE SUSTAINING TREATMENT (POLST)

Patient has completed POLST form: Yes No Unknown.
If yes, copy placed on chart or, advised patient to provide copy to physician.
If no, does patient want further information regarding POLST Yes No

Patient has Organ Donor Card: Yes No

MRUN

NAME

DOB/GENDER



T-HS62SPA

DERECHOS DE PACIENTE

Usted tiene el derecho a:

1. Asistencia atenta y respetuosa, hacerse sentir cómodo. Usted tiene el derecho a que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
2. Que se les avise a un familiar (u otro representante que usted escoge) y a su propio médico prontamente de su ingreso al hospital.
3. Saber como se llama el médico principalmente responsable por coordinar su asistencia y como se llaman relaciones profesionales de otros médicos o los que no son médicos quienes lo van a ver.
4. Recibir información sobre su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, curso de tratamiento, perspectivas para recuperación y resultados de asistencia (incluyendo resultados imprevistos) en términos que puede entender. Usted tiene el derecho a comunicación efectiva y a participar en el desarrollo y la implementación de su plan de asistencia. Usted tiene el derecho a participar en preguntas éticas que se plantean durante el curso de su asistencia, incluyendo asuntos de resolución de conflicto, aplazar servicios de resucitación, y privarse de o retirar tratamiento de soporte vital.
5. Tomar decisiones tocante a atención médica, y recibir tanta información tocante a cualquier tratamiento o procedimiento propuesto que podría necesitar para poder dar consentimiento informado o rehusar un curso de tratamiento. Excepto en emergencias, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos importantes involucrados desde un punto de vista médico, cursos alternos de tratamiento o no tratamiento y el riesgo involucrado en cada uno, y el nombre de la persona que realizará el procedimiento o tratamiento.
6. Pedir o rehusar tratamiento, al grado permitido por ley. Sin embargo, usted no tiene el derecho a exigir tratamiento o servicios inadecuados o innecesarios desde un punto de vista médico. Usted tiene el derecho a irse del centro de salud aún contra el consejo de miembros del personal médico, al grado permitido por ley.
7. Ser informado si el centro de salud/profesional independiente diplomado personal propone participar en o realizar experimentación humana afectando su asistencia o tratamiento. Usted tiene el derecho a rehusar participar en tales proyectos de investigación.
8. Respuestas razonables a cualquier pedido razonable hecho para servicio.
9. Evaluación y manejo adecuado de su dolor, información sobre dolor, medidas de alivio de dolor, y participar en decisiones de manejo de dolor. Usted puede pedir o rechazar el uso de alguna o todas modalidades para aliviar dolor, incluyendo medicamento de opiato, si usted sufre de dolor inextricable crónico severo. Podría ser que el médico rehuse recetar el medicamento de opiato, pero si es así, tiene que informarle a usted que existen médicos que se especializan en el tratamiento de dolor crónico severo con métodos que incluyen el uso de opiatos.
10. Formular directivas por anticipado. Esto incluye designar una decisión para tomar en caso que usted llega a ser incapaz de entender un tratamiento propuesto o si llega a no poder comunicar sus deseos tocante a la asistencia. Empleados y médicos del centro de salud que proporcionan asistencia en la organización cumplirán con estas directivas. Todos derechos de pacientes aplican a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar decisiones tocante a asistencia médica en nombre de usted. Las quejas sobre los requisitos para las instrucciones por adelantado pueden hacerse al Departamento de Salud Pública de California (ver la información de contacto más abajo).
11. Que se respete privacidad personal. Discusión, consulta, examinación y tratamiento de caso son confidenciales y debe conducirse discretamente. Usted tiene el derecho a que se le diga las razones por la presencia de alguna persona. Usted tiene el derecho a que salgan visitantes antes de una examinación y mientras que se está hablando de asuntos de tratamiento. Se usarán cortinas de privacidad en cuartos semiprivados.

12. Tratamiento confidencial de todas comunicaciones y documentos relativo a su asistencia y estancia en el centro de salud. Usted recibirá un "Aviso de prácticas de privacidad" por aparte que explica sus derechos a privacidad en detalle y como podríamos usar y revelar su información médica protegida.
13. Recibir asistencia en un ambiente seguro, sin abuso mental, físico, sexual o verbal ni abandono, explotación ni acoso. Usted tiene el derecho a obtener acceso a servicios de protección y apoyo incluyendo notificar a agencias del gobierno tocante a abandono o abuso.
14. Estar libre de restricciones y aislamiento de cualquier clase usado como una medida de coacción, disciplina, conveniencia o represalias de parte de los empleados.
15. Continuidad razonable de asistencia y saber por anticipado la hora y lugar de citas tanto como la identidad de las personas proporcionando la asistencia.
16. Ser informado por el médico, o delegado del médico, de requisitos y opciones continuados de asistencia médica después del alta del centro de salud. Usted tiene el derecho a estar involucrado en el desarrollo e implementación de su plan de alta. Con su pedido, también se le podría proporcionar esta información a un amigo o familiar.
17. Saber cuales reglas y pólizas aplican a su conducta mientras que es paciente del centro de salud.
18. Designar una persona de ayuda, así como visitantes que usted escoge, si usted tiene capacidad de tomar decisiones, si el visitante es relación consanguínea o familiar por matrimonio o el estado de la pareja doméstica inscrita o no, a menos que: no se permiten visitantes; el centro de salud determina razonablemente que la presencia de un visitante específico pondría en peligro la salud o seguridad de un paciente, de un empleado del sitio médico o de otro visitante al sitio médico, o que interrumpiría considerablemente las operaciones del centro de salud; usted les ha dicho a los empleados del sitio médico que ya no desea que alguien específico visite. Sin embargo, un sitio médico puede establecer restricciones razonables para visitas, incluyendo restricciones con las horas de visita y la cantidad de visitantes. El centro de salud debe informarle (o a la persona de apoyo, si corresponde) acerca de sus derechos de visita, incluso cualquier restricción o limitación de tipo clínica. No corresponde que el centro de salud restrinja, limite o, de otro modo, niegue los privilegios de visita basándose en la raza, el color, el origen nacional, la religión, el sexo, la identidad de género, la orientación sexual o una incapacidad.
19. Que se consideren sus deseos si usted carece la capacidad de tomar decisiones, con el propósito de determinar quien puede visitar. El método de esa consideración cumple con la ley federal y se revelará en la póliza del centro de salud sobre visitas. Por un mínimo, el centro de salud incluirá cualquier persona viviendo en su casa y cualquier persona de apoyo, de conformidad con la ley federal.
20. Examinar y recibir una explicación de su cuenta a pesar de la fuente de pago.
21. Ejercer estos derechos a pesar del sexo, situación económica, antecedentes educacionales, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, orientación sexual, edad, incapacidad, condición médica, estado civil, el estado de la pareja doméstica inscrita, o la fuente de pago para asistencia.
22. Registrar una queja formal. Si desea presentar una queja ante este centro de salud, puede hacerlo por escrito o comunicándose con el Departamento de Relaciones con los Pacientes/Defensa de Pacientes (Patient Relations Department/Patient Advocate). Se revisará su queja formal y se le proporcionará una respuesta por escrito. La respuesta tendrá el nombre de una persona para contactar en el centro de salud, los pasos que se toman para investigar la queja formal, los resultados del proceso de queja formal, y la fecha de finalización del proceso de queja formal. Las inquietudes respecto de la calidad de la atención o debido a un alta prematura también se trasladarán a la Organización para el proceso de revisión del control de calidad y utilización a cargo de expertos (Utilization and Quality Control Peer Review Organization o PRO).
23. Presente un queja con el Departamento de salud publica de California independientemente de si usted utiliza el proceso de queja de la institucion de salud. El telefono del Departamento de salud publica de California es 800-228-5234, el domicilio es 681 S. Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868.

CONSENT TO PHOTOGRAPH AND AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE

Patient Name: _____

MRUN: _____

Consent to Photograph; Authorization for Use and Disclosure

I hereby consent to be photographed while receiving treatment at the hospital. The term "photograph" includes video or still photography, in digital or any other format, and any other means of recording or reproducing images.

I hereby authorize the use of the photograph(s) by, or disclosure of the photograph(s) to:

(Persons/Organizations authorized to receive the information)

(Address – street, city, state, zip code)

Purpose

I hereby authorize the use or disclosure of the photograph(s) for the following uses or purposes.

(Checkmark permitted uses):

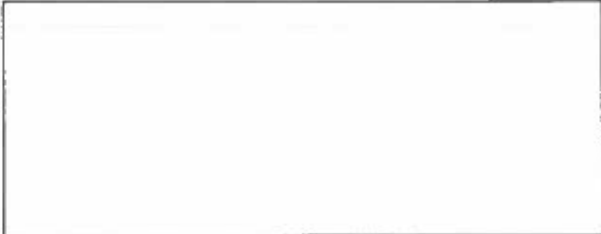
- dissemination to hospital staff
- health professionals
- physicians
- members of the public

(Checkmark permitted uses):

- educational
- public relations
- treatment
- marketing
- research
- news media
- scientific
- charitable

other purpose, describe: _____

I consent to be photographed and authorize the use or disclosure of such photograph(s) in order to assist scientific, treatment, educational, public relations, marketing, news media, and charitable goals, and I hereby waive any right to compensation for such uses by reason of the foregoing authorization. I and my successors or assigns hereby hold the hospital, its employees, my physician(s), and any other person participating in my care and their successors and assigns harmless from and against any claim for injury or compensation resulting from the activities authorized by this agreement.



Signature

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(patient/representative/spouse/financially responsible party)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(representative/spouse/financially responsible party)

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO O DIVULGACIÓN

Nombre del Paciente: _____ Número de Tarjeta: _____

Consentimiento para la Toma de Fotografías; Autorización de Uso y Divulgación

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías mientras recibo tratamiento en el hospital. El término "fotografía" incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la(s) fotografía(s) por parte de:

(Personas/Organizaciones autorizadas a recibir la información)

(Dirección: calle, ciudad, estado, código postal)

Propósito

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la(s) fotografía(s) para los siguientes usos o propósitos.

(Marque los usos permitidos):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> difusión entre el personal del hospital | <input type="checkbox"/> profesionales de la salud |
| <input type="checkbox"/> médicos | <input type="checkbox"/> miembros del público |

(Marque los propósitos permitidos):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> educativos | <input type="checkbox"/> relaciones públicas |
| <input type="checkbox"/> tratamientos | <input type="checkbox"/> comerciales |
| <input type="checkbox"/> investigaciones | <input type="checkbox"/> medios de comunicación |
| <input type="checkbox"/> científicos | <input type="checkbox"/> beneficencia |

otro propósito, describa: _____

Doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías y autorizo el uso o la divulgación de tal(es) fotografía(s) a fin de contribuir con los objetivos científicos, de tratamiento, educativos, de relaciones públicas, de mercadotecnia, de medios de comunicación y benéficos, y por la presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Por la presente, yo y mis sucesores o cesionarios eximimos al hospital, a sus empleados, a mi(s) médico(s) y a cualquier otra persona que participe en mi atención, y a sus sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.



*Consentimiento para la Toma de Fotografías y Autorización
para Su Uso o Divulgación*

Firma

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(paciente/representante/cónyuge/parte económicamente responsable)

En caso de que lo firmase una persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(paciente/representante/cónyuge/parte económicamente responsable)