|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Texas Health Surgery Center Bedford** | | **Política No. PR-11** |
| **Elaborado por: LB** | **Aprobado por: MEC** | **Título – Ética, Derechos y Responsabilidades**  **PR- Fotografías y/o Videograbación de los Pacientes** |
| **Fecha de origen: 17/5** | **Página**  **1 de 6** |
| **Fecha de revisión o actualización:** |

**Objetivo:**

Asegurar la privacidad y confidencialidad de los pacientes

**Política:**

Es política del centro Texas Health Surgery Center Bedford obtener el consentimiento de los pacientes previo a cualquier tipo de fotografías, videograbación u otras imágenes. Rutinariamente se fotografía a los pacientes para documentar la atención que se les brinda. Es posible que se utilicen videograbaciones para fines de mercadeo.

**Procedimiento:**

1. Previo a tomar cualquier tipo de fotografía de los pacientes, se obtendrá permiso del paciente/tutor legal y se firmará un formulario de consentimiento. Cuando se realicen grabaciones o filmaciones para propósitos externos, las cuales serán escuchadas o vistas por público en general (por ejemplo, filmaciones comerciales, programas de televisión, mercadeo), existe documentación de un consentimiento específico y por separado que incluye circunstancias sobre el uso de la grabación o filmación.
2. El centro es responsable de obtener el consentimiento del paciente/tutor legal.
3. El consentimiento es efectivo sólo durante el tratamiento del paciente en el Texas Health Surgery Center Bedford.
4. Las fotos no deben incluir a otros pacientes/familiares.

**Documentación de la atención brindada al paciente:**

Algunas de las necesidades que podrían requerir la documentación fotográfica incluyen a título enunciativo, más no limitativo, úlceras de decúbito (llagas), heridas, incisiones, cambios en la integridad de la piel.

1. El centro es responsable de obtener consentimiento del paciente/tutor legal.
2. La(s) fotografía(s) serán etiquetadas con el nombre del paciente y la fecha de las fotos.
3. Las fotos serán adjuntadas al historial médico cuando sea apropiado.
4. Si antes de que ocurra la grabación o filmación no es posible conseguir el consentimiento:
5. La filmación o grabación puede ocurrir, tomando en consideración que esto sea la política establecida de la organización y la política haya sido establecida mediante un mecanismo ético apropiado (por ejemplo, un comité de ética) que incluya participación comunitaria (estándar).
6. La grabación o filmación permanecerá en posesión de la organización y no será usada para ningún propósito hasta y salvo que el consentimiento sea obtenido.
7. Si no es posible obtener el consentimiento para su uso, ya sea la grabación o filmación será destruida o el paciente del que se carece consentimiento será removido de la grabación o filmación.
8. Los pacientes tienen el derecho de solicitar el cese de la grabación o filmación en cualquier momento.
9. Los pacientes tienen el derecho de rescindir el consentimiento de uso hasta un tiempo razonable antes de que la grabación o filmación sea utilizada.

**Documentación de abuso o negligencia:**

Las fotografías usadas para la documentación de abuso y/o negligencia pueden ser presentadas ante una agencia de investigación. Se hará todo lo posible para asegurar el consentimiento antes de que sean tomadas las fotografías; sin embargo, no obtener el consentimiento no impedirá que se reporten dichos incidentes. Las fotografías tomadas no deberán ser usadas para ningún otro propósito (como la docencia) sin el consentimiento del paciente.

**Investigación:**

Las fotografías tomadas como parte de un protocolo de investigación deberán ser aprobadas por un consejo de revisión institucional o algún otro comité apropiado. El consentimiento para dichas fotografías deberá ser incorporado al formulario de consentimiento que el paciente suscriba para participar en el protocolo de investigación.

**Formación médica, enseñanza o publicidad**:

Deberá obtenerse consentimiento por escrito antes de fotografiar a pacientes para propósitos de formación médica, enseñanza del personal o publicidad. El paciente o su representante legal deberá firmar y fechar el formulario de consentimiento. Cualquier otra persona distinta al paciente que tenga la facultad legal para firmar deberá indicar su relación con el paciente. La firma deberá ser puesta ante la presencia de un testigo, y el testigo deberá firmar en el espacio provisto en el formulario. El formulario de consentimiento firmado deberá ser archivado junto con el historial médico del paciente o en otro lugar seguro.

Deberá firmarse un nuevo formulario de consentimiento para cada serie de fotografías nuevas tomadas por individuos distintos a aquellos nombrados en consentimientos anteriores. El consentimiento otorgado para fotografías permanece válido salvo y hasta que el paciente o su representante legal lo retire o limite la autorización.

**Aplicación de la ley:**

Cuando representantes de agencias del orden público pidan fotografiar a un paciente, puede otorgarse permiso si (1) el médico del paciente no siente que esto sería perjudicial para el paciente; y (2) el paciente o su representante legal firma un formulario de consentimiento escrito aprobando la fotografía.

**Familia:**

No se necesita consentimiento para fotografías tomadas por familiares o amigos del paciente.

**Constancia:**

Todas las fotografías tomadas serán documentadas en el historial médico y se convertirán en parte permanente de los registros médicos. Cada fotografía deberá estar identificada con el nombre del paciente, el número de identificación y la fecha en que fue tomada.

**Divulgación:**

Las fotografías no serán divulgadas a solicitantes externos sin autorización específica por escrito del paciente o su representante legal.

Si los pacientes desean las fotografías para uso propio, puede proporcionársele al paciente una copia de las fotografías. El costo de reproducir las fotografías será por cuenta del centro.

**Referencias:**

1. The Joint Commission, Standards for Ambulatory Surgical Centers 2017: Ethics, Rights, and Responsibilities.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Texas Health Surgery Center Bedford** | | **Política No. PR-11** |
| **Elaborado por: LB** | **Aprobado por: MEC** | **Título – Ética, Derechos y Responsabilidades**  **PR- Fotografías y/o Videograbación de los Pacientes** |
| **Fecha de origen: 17/5** | **Página**  **3 de 6** |
| **Fecha de revisión o actualización:** |

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS y/o VIDEOGRABACIONES DEL PACIENTE**

Comprendo que para documentar la atención que recibo, pueden tomarse fotografías, videograbaciones, imágenes digitales u otras imágenes, lo cual autorizo. Por este medio doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales u otras imágenes de mi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nombre de la(s) parte(s) del cuerpo

Comprendo que el centro **Texas Health Surgery Center Bedford** será el propietario de los derechos de estas fotografías, cintas de video, imágenes digitales u otras imágenes, pero que se me permitirá acceso a verlas u obtener copias. Comprendo que estas imágenes serán archivadas de manera segura para proteger mi privacidad y que serán mantenidas durante el periodo de tiempo requerido por ley. Las imágenes que me identifiquen serán publicadas y/o usadas fuera del centro únicamente con autorización escrita otorgada por mi o mi representante legal.

Doy mi consentimiento para que se usen mis imágenes para propósitos generales de capacitación y educación, o para actividades de promoción, o para información que sea considerada de interés periodístico. Mis imágenes únicamente contendrán la(s) estructura(s) identificada(s) anteriormente. Tengo también el derecho de rescindir el consentimiento en cualquier momento previo al uso de mis imágenes.

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha

Firma del Testigo Fecha

(Si se obtiene el consentimiento por teléfono, es requerido un segundo testigo.)

Firma del Segundo Testigo Fecha

ACUERDO DE DESCARGO, EXENCIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Texas Health Surgery Center Bedford** | | **Política No. PR-11** |
| **Elaborado por: LB** | **Aprobado por: MEC** | **Título – Ética, Derechos y Responsabilidades**  **PR- Fotografías y/o Videograbación de los Pacientes** |
| **Fecha de origen: 17/5** | **Página**  **4 de 6** |
| **Fecha de revisión o actualización:** |

**SURGICAL CARE AFFILIATES**

En consideración a la autorización otorgada a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para filmar, hacer cintas o grabar de alguna otra manera las instalaciones, propiedad y/o el centro de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Inc., comercialmente conocido con el nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sus agentes, empleados, sucesores y cesionarios, (individual y colectivamente denominados como el “Abajo Firmante”) hace constar y acepta que el Abajo Firmante:

1. Por este medio exime, exonera y libera a SURGICAL CARE AFFILIATES, sus funcionarios, directores, accionistas, socios, empleados, contratistas, agentes, afiliados, sucesores y cesionarios (todos denominados en la presente como las “Partes Exoneradas”) contra toda responsabilidad hacia el Abajo Firmante por todas y cada una de las pérdidas, daños o gastos, y todo reclamo, demanda o juicio a causa de lesión o daño a la persona, empleados o propiedad del Abajo Firmante, ya sea causado por negligencia de las Partes Exoneradas u de otra manera;
2. Por este medio acepta mantener indemnes, a salvo y libres a las Partes Exoneradas y cada una de ellas, contra toda pérdida, responsabilidad, daño, costo o gasto en que puedan incurrir dichas partes o cualquier otra persona durante, o como resultado de, la filmación o grabación realizada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y cualquier y toda preparación, montaje o conclusión de la misma;
3. Por este medio acepta:
4. que la filmación o grabación del caso quirúrgico no interferirá con el procedimiento, tratamiento o visita de los pacientes en SURGICAL CARE AFFILIATES;
5. que el Abajo Firmante no filmará ni grabará a otros pacientes de SURGICAL CARE AFFILIATES, ya sea con permiso o por accidente o inadvertencia; y
6. que el Abajo Firmante no interrumpirá, interferirá ni importunará de otra manera las operaciones comerciales normales y atmósfera de trabajo de SURGICAL CARE AFFILIATES durante la filmación o grabación del procedimiento.
7. Por este medio acepta que no se han hecho declaraciones ni dado alicientes al Abajo Firmante, orales ni escritos, concernientes a los asuntos en el presente Acuerdo, y acepta que el presente Acuerdo reemplaza todos y cada uno de los acuerdos anteriores entre el Abajo Firmante y las Partes Exoneradas concernientes a los asuntos aquí contenidos, incluyendo el Acuerdo de Ubicación entre las dos partes.
8. Por este medio acuerda que toda película, video, cinta u otros en donde se grabe el centro, o cualquier preparación, montaje o conclusión relacionados, deberá ser únicamente usado en la manera descrita a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el empleado de SURGICAL CARE AFFILIATES a cargo, y no deberá ser mostrado, usado, duplicado para uso, o mencionado para ningún otro propósito por cualquier entidad o persona sin la previa aprobación escrita de un funcionario de SURGICAL CARE AFFILIATES.

El Abajo Firmante ha leído, comprendido y firmado voluntariamente el presente Acuerdo de Descargo, Exención y Renuncia de Responsabilidad.

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su Representante Autorizado

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCA

SurgicalCare Affiliates

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Texas Health Surgery Center Bedford** | | **Política No. PR-11** |
| **Elaborado por: LB** | **Aprobado por: MEC** | **Título – Ética, Derechos y Responsabilidades**  **PR- Fotografías y/o Videograbación de los Pacientes** |
| **Fecha de origen: 17/5** | **Página**  **5 de 6** |
| **Fecha de revisión o actualización:** |

El abajo firmante ha aceptado ser filmado, video grabado, fotografiado o grabado de alguna otra manera en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOMBRE DEL CENTRO DE SCA). SCA prevé que la filmación, video grabación, fotografía, grabación de audio u otros materiales similares serán transmitidos al público en general por televisión o diseminados al público a través de otros medios. Considerando que estos materiales serán producidos en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOMBRE DEL CENTRO), acepto lo siguiente:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ESCRIBA EL NOMBRE), acepto que el procedimiento quirúrgico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO) que se me realizará y demás servicios de atención médica relacionados realizados por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOMBRE del MÉDICO) sean filmados, video grabados, fotografiados o grabados de otra manera el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(MES, DÍA y AÑO).

Renuncio y transfiero a SCA, y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(INSERTE EL NOMBRE DEL FOTÓGRAFO, CAMARÓGRAFO, médico, etc.), todo título legal necesario, derechos de propiedad, derechos de autor y derechos de reproducción, distribución, obras derivadas, exhibición y actuación pública, sobre la información, fotografías, video, grabación de sonido y demás artículos o materiales recolectados o recibidos en el curso de mi tratamiento en la fecha antes mencionada para los fines descritos en la presente.

Autorizo a SCA y a sus cesionarios a publicar, editar, preservar, mostrar, obtener derechos de autor, usar y reproducir mi nombre y similares, y las fotografías, video, sonido o demás artículos, materiales o información recolectados de mi persona, de cualquier manera que consideren apropiado.

Renuncio a todo pago o compensación por mi entrevista, tiempo, fotografías, video, sonido o demás artículos, y por cualquier uso de los materiales o información obtenidos de mi persona.

Los derechos que he otorgado a SCA en el presente documento deberán ser irrevocables y sobrevivir mi muerte. Me reservo el derecho de otorgar derechos similares y no exclusivos a otras personas.

La información que se divulgue de conformidad con la presente autorización puede estar sujeta a re-divulgación por el receptor y dejar de estar protegida por el Reglamento de Privacidad.

Me doy cuenta que tengo el derecho de revocar la autorización, por escrito, antes del momento en que mi información sea publicada.

Comprendo que SCA no puede condicionar mi tratamiento a mi firma en el presente formulario de autorización.

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

Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente Firma del Testigo

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

Nombre y Número Telefónico del Paciente Nombre del Testigo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Texas Health Surgery Center Bedford** | | **Política No. PR-11** |
| **Elaborado por: LB** | **Aprobado por: MEC** | **Título – Ética, Derechos y Responsabilidades**  **PR- Fotografías y/o Videograbación de los Pacientes** |
| **Fecha de origen: 17/5** | **Página**  **6 de 6** |
| **Fecha de revisión o actualización:** |

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Sección A: Debe ser completada para todas las autorizaciones**

**Por este medio autorizo el uso o divulgación de mi información médica individualmente identificable según lo descrito a continuación**. Comprendo que la presente autorización es voluntaria. Comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un proveedor de plan de salud o atención médica, la información divulgada podría ya no estar protegida por los reglamentos federales de privacidad.

**Nombre del paciente:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de ID:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personas/organizaciones que proporcionan la información: Personas/organizaciones que reciben la información:**

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

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

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

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

**Descripción específica de la información (incluyendo fecha(s)):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**Sección B: Debe ser completada únicamente si SCA está solicitando la información para usos y divulgaciones propias.**

1. SCA debe completar lo siguiente:
2. ¿Con que fin se usará o divulgará?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Recibirá SCA pago, directa o indirectamente, a cambio del uso o divulgación de la información médica descrita anteriormente? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
4. El paciente o el representante del paciente debe leer y firmar con iniciales las siguientes declaraciones:
5. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmar esta autorización. El que me niegue a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, recibir pago o elegibilidad para beneficios salvo sea permitido por ley.

Iniciales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información descrita en el presente formulario si así lo solicito, y que voy a obtener una copia del presente formulario después de firmarlo. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Sección C: Debe ser completada para todas las autorizaciones**

**El paciente o el representante del paciente debe leer y firmar con iniciales las siguientes declaraciones:**

1. Comprendo que esta autorización expirará el \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/AÑO) Iniciales:\_\_\_\_
2. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización proveedora por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en acciones tomadas previo a que sea recibida la revocación. Iniciales:\_\_\_\_

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

**Firma del paciente o representante del paciente Fecha**

*(El formulario DEBE ser completado antes de ser firmado)*

**Nombre del representante del paciente:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_