



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Effective Feb. 1, 2023

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela con atención. Tiene derecho a recibir una copia de este aviso de forma gratuita y para discutir el contenido con nuestro Oficial de Privacidad de nuestra oficina.

Dave Harberts, Vice Presidente, Cumplimiento y Acreditación (Oficial De Privacidad)
Teléfono 877.474.3227 | Fax 877.474.3227 | Correo electrónico vgmprivacyofficer@vgm.com

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN DE OCR

FUENTE: Oficina de Derechos Civiles del HHS

VGM Group, Inc.

Cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Se asocia con su compañía de seguro para brindar servicios médicos locales.

Horario comercial habitual: 8am-5pm hora centro, de Lunes a Viernes, Numero gratuito 800-482-1993, TTY (personas con problemas de audición) 844-446-7393
Fuera de horario habitual (fines de semana y días feriados) Llame al 800-482-1993, TTY (personas con problemas de audición) 844-446-7393

Cambios a los Términos De Este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Puede registrar una queja o preguntas directas por teléfono, fax, correo o correo electrónico con respecto a su privacidad:

Teléfono 877.474.3227 | Fax 877.474.3227 | Correo electrónico vgmprivacyofficer@vgm.com
Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud (ACHC) 855.937.2242

VGM Group, Inc.
Atención: Cumplimiento y Seguridad Corporativa
1111 W. San Marnan Drive
Waterloo, IA 50701

www.vgmgroup.com

ALCANCE DEL SERVICIO DE VGM GROUP, INC.

La red nacional de proveedores de VGM Group, Inc. cubre las muchas necesidades de los pacientes en el hogar. Desde equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, prótesis, y suministros médicos. Nuestros coordinadores de atención al paciente lo conectarán con productos y servicios suministrados por proveedores dentro y fuera de la red.

TUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico:

- Usted puede pedir para copia electrónica o copia de papel de su historial médico o otros datos de su salud que tenemos sobre usted. También puede ver su historial médico y otros datos de su salud que tenemos sobre usted en persona y tomar notas o fotos. Pídanos como hacerle.
- Nosotros proporcionaremos a usted una copia o sumaria de su historial médico, gratis, entre quince (15) días de su pedido. También tienes derecho a pedir u obtener copias directas de su historial médico y otros datos de salud que tenemos sobre ti a un grupo tercero cuando una sumaria de información de salud es ofrecido en el lugar de una copia electrónico o copia de papel.
- Tienes derecho a pedir que su información de salud sea transferido a una aplicación de salud personal.

Pídanos que corriamos su historial médico:

- Puede pedirnos que corriamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de sesenta (60) días.

Solicite comunicaciones confidenciales:

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina, mensaje de texto, fax o correo electrónico) o para enviar correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.
- También, podemos mandarse SMS mensajes de texto recordatorios sobre tus citas pendientes o pedir que comunicaremos consigo por SMS mensajes de texto sobre su información de salud. Tienes opción a rechazar o cancelar este tipo de SMS mensajes de texto a cualquier momento por contactarnos.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos:

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago, o nuestras operaciones.

- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" sin afectar su cuidado.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no se comparta esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su seguro de salud.
- Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:

- Puede solicitar una lista (informando) de las veces que hemos compartido sobre su salud durante los seis (6) años anteriores a la fecha que solicite, con quién la compartimos, y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (como las que solicitó nosotros a hacer). Proporcionaremos un (1) reporte al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los doce (12) meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad:

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad y de forma gratuita.

Elija a alguien para que actúe en su nombre:

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información de su salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presente una queja si siente que se violan sus derechos:

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información proporcionada anteriormente.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Effective 02/01/2023



SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartir su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Cuéntenos que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos como:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas, involucrados en su cuidado.
- Compartir información en una situación de auxilio en casos de desastres.
- Incluir su información en un directorio de instalaciones: si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Fines de marketing (mercadeo)
- Venta de su información
- Intercambio de notas de sesiones de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos e elegir que no nos comuniquemos con usted.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la descrita aquí, a menos que usted nos indique por escrito.
- Si nos dice que podemos compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Haganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento:

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que están tratándolo. Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización:

- Podemos usar y compartir su información médica para dirigir nuestra organización, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplo: utilizamos información médica sobre usted para coordinar su tratamiento y servicios.

Factura por sus servicios:

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de salud planes u otras entidades. Ejemplo: Compartimos información sobre su salud con su seguro para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas: generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación pública. Tenemos que cumplir con muchas condiciones con la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Asistencia con problemas de salud y seguridad pública:

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayudar con las retiradas de productos
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Evitando una amenaza a salud o seguridad cuando el daño es grave y razonablemente previsible
 - Emergencias de salud pública

Hacer investigación:

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley:

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria:

- Podemos compartir información médica con un médico forense o director de funeraria, cuando un individuo muere.

Abordar las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes gubernamentales:

- Podemos usar o compartir su información médica:
 - Para reclamaciones de indemnización laboral
 - Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
 - Con agencias de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley.
 - Para funciones gubernamentales especiales como: el militar, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales:

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a un tribunal, orden jurídica, o en respuesta a una citación.

VGM Group, Inc. no mantiene notas de psicoterapia.

VGM Group, Inc. nunca compártira su registro de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso.

Effective 02/01/2023



Al firmar este formulario, verifico que he recibido:

- Aviso de prácticas de privacidad
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente
- Estándares para proveedores de Medicare
- Pautas de seguridad en el hogar
- Información de preparación para emergencias
- Consejos para el control de infecciones e información sobre productos de uso y cuidado
- Alcance del servicio de VGM Group, Inc.

También doy mi consentimiento para los servicios y la divulgación de información para facturar a mi seguro.

Utilizar a VGM Group, Inc. para coordinar sus equipos y servicios médicos lo inscribe en el programa de comunicación automática de VGM Group, Inc., que puede incluir llamadas automáticas y mensajes de texto automáticos. Puede optar por no participar en el servicio automático en cualquier momento poniéndose en contacto con VGM Group, Inc.

Gracias de antemano por enviar este formulario por correo.

Firma

Firma del padre o tutor

Por favor imprimir

Fecha