



AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES PAQUETE DE BIENVENIDA PARA PACIENTES NUEVOS

¡Bienvenido a AIM Plus Medical Supplies! Nos sentimos honrados de que nos haya elegido para servirle a usted y a su familia. Nuestro personal está encantado de conocerle y convertirse en un defensor de sus necesidades médicas.

En AIM Plus Medical Supplies, nuestro objetivo es entregar sus productos de manera segura, eficiente y con un excelente servicio al cliente.

En este paquete, encontrará información útil y formularios requeridos que necesitarán su firma. Lo alentamos a que complete y devuelva esos artículos hoy mismo para garantizar una transición sin problemas.

Si tiene preguntas, llámenos en cualquier momento al 866-919-1246.

Contenido

- * Carta de Bienvenida p. 2
- * Información importante p. 3
- * Formulario de autorización con asignación de beneficios y divulgación de información (OBLIGATORIO) p.4
- * Formulario de consentimiento para la divulgación de PHI y recepción de la política de privacidad (OBLIGATORIO) p.5
- * Autorización para divulgar información y reordenar (REQUERIDA) p.6
- * Página de firmas (OBLIGATORIA) p.7
- * Encuesta de Percepción de Atención / Satisfacción (REQUERIDA) p.8
- * Derechos y responsabilidades págs. 9-12
- * Estándares para proveedores de Medicare DMEPOS pp.13-14
- * Procedimiento y resolución de quejas p.15
- * Política de privacidad pp.16-18
- * Aviso de prácticas de privacidad págs. 19-21
- * Responsabilidad estimada del paciente p.22
- * Garantía del producto y devolución del dispositivo defectuoso p. 23
- * Información de emergencia de la Cruz Roja, págs. 24-27

CARTA DE BIENVENIDA



Entendemos que recibir paquetes de información a veces puede resultar abrumador. Las compañías de seguros, las leyes, los reglamentos y nuestro organismo de acreditación nos exigen que le proporcionemos toda la información incluida en nuestro paquete. También estamos obligados a recibir una confirmación firmada de que fue recibido, leído y entendido. Necesitaremos que los lea al recibirlos y nos devuelva todos los formularios REQUERIDOS antes de que podamos enviar su próximo pedido. ¡Le animamos a que lo haga hoy!

Nuestro amable personal de AIM Plus Medical Supplies (APMS) espera conocerlo y garantizar que su proceso de pedido sea la tarea más fácil de su lista de tareas pendientes.

Bienvenido a AIM Plus Medical Supplies. Gracias por darnos la oportunidad de servirle.

Lea todos los documentos de este paquete. Contiene toda la información sobre nuestra empresa, pedidos futuros, cómo comunicarse con nosotros para cualquier queja o problema, sus derechos y responsabilidades como paciente, Estándares de Proveedores y más.

SE ADJUNTAN VARIOS FORMULARIOS REQUERIDOS QUE DEBE FIRMAR Y DEVOLVER PARA QUE CONTINUEMOS ENVIANDO SUS SUMINISTROS. ESTOS FORMULARIOS REQUERIDOS DEBEN SER DEVUELTOS ANTES DE REALIZAR SU PRÓXIMO PEDIDO.

Uno de nuestros amables representantes de servicio al cliente lo llamará para configurar su próximo envío, pero lo enviaremos solo con su permiso. Si necesita suministros antes de que lo llamemos, llámenos sin cargo al 1-866-919-1246.

Abrimos de lunes a viernes de **8:00 a 16:00 horas. y viernes 8:00 a.m. a 12:00 del mediodía CST.** Excepto feriados y otros eventos que justifiquen el cierre. Si llama fuera del horario de atención, nuestro correo de voz le proporcionará información de contacto para comunicarse con un empleado si es necesario.

Esperamos trabajar con usted y apreciamos mucho su trabajo.

Atentamente,

El Personal y la Administración de Suministros Médicos de AIM Plus

INFORMACIÓN IMPORTANTE



AIM Plus Medical Supplies

500 Patriot Pkwy, Ste B

Tuscaloosa, AL 35405

Número gratuito: 1-866-919-1246

Fax: 866-496-7054

www.aimplusmedicalsupplies.com

Directora de Operaciones Generales: **Brandi Lovely**

Brandi@aimplusonline.com

Servicios fuera del horario de atención:

- Puede llamar fuera del horario de atención y dejar un mensaje. Un representante de servicio al cliente le devolverá su mensaje el siguiente día hábil durante el horario de oficina habitual. Un número de emergencia aparece en el contestador automático. Los clientes que experimenten un evento potencialmente mortal deben llamar al 911.

Otros números para su uso si es necesario:

Servicios Gubernamentales de Cigna: 1-866-238-9650

ACHC: 1-919-785-1214

Oficina del Inspector General (OIG): 1-800-447-8477

Oficina del Fiscal General del Estado: 1-800-392-5658

Operador Regional de Medicare: 1-800-Medicare

Línea Directa del Estado Contra el Abuso: 1-800-458-7214



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

AIM Plus Medical Supplies, LLC realiza la facturación de Medicare, Medicaid y otros seguros como un servicio. Para aceptar este servicio, lea la siguiente declaración, luego firme, coloque la fecha y devuélvala.

Autorizo a AIM Plus Medical Supplies, LLC (APMS) a facturar directamente a Medicare, Medicaid y otros seguros en mi nombre. Además, autorizo a Medicare, Medicaid y otros seguros a pagar beneficios en mi nombre directamente a APMS por los artículos y servicios que me proporcione APMS. Acepto pagar todos los montos adeudados a APMS que no estén cubiertos por Medicare, Medicaid u otros seguros, incluidos los copagos y deducibles aplicables de los que soy responsable. Acepto notificar a APMS inmediatamente de cualquier cambio en la cobertura del seguro.

Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a APMS o su agente de facturación cualquier información para este y cualquier reclamo de salud relacionado. Además, autorizo a APMS a divulgar información médica o de otro tipo sobre mí para obtener el pago a cualquier persona o entidad autorizada para recibir dicha información.

Estoy de acuerdo en permitir que un fax u otra copia impresa o electrónica de este formulario sirva como original. Si se solicita, se puede enviar una copia de este formulario a Medicare, Medicaid u otros seguros y sus agentes o cesionarios. APMS mantendrá el formulario original en sus archivos. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, doy fe de que tengo la autoridad para firmar en nombre del paciente.

También reconozco que he leído y recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de APMS, mis Responsabilidades, Resolución de Quejas y Política de Devoluciones.

Nombre del paciente: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación con el paciente de la persona autorizada que completa este formulario: _____

Firma {x} _____ Fecha _____



Formulario de Consentimiento para la Divulgación de PHI y Recepción de la Política de Privacidad

Entiendo que, como condición para recibir los servicios, AIM Plus Medical Supplies, LLC puede usar o divulgar mi información médica identificada personalmente para los servicios, para obtener el pago por los servicios prestados y según sea necesario para las operaciones de esta oficina. Los usos y divulgaciones se explican con más detalle en el Aviso de Privacidad que se me ha proporcionado y que he tenido la oportunidad de revisar.

Entiendo que las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Privacidad pueden cambiar con el tiempo y que tengo derecho a obtener cualquier Aviso de Privacidad revisado poniéndome en contacto con un representante de la empresa para realizar dicha solicitud.

También entiendo que tengo derecho a solicitar a AIM Plus Medical Supplies, LLC que restrinja cómo se usa o divulga mi información médica.

AIM Plus Medical Supplies, LLC no tiene que aceptar mi solicitud de restricción; pero, si AIM Plus Medical Supplies, LLC está de acuerdo, AIM Plus Medical Supplies, LLC está obligada a cumplir con la restricción según lo acordado. Finalmente, entiendo que tengo derecho a revocar/retirar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Mi revocación/retiro será efectiva, excepto en la medida en que AIM Plus Medical Supplies, LLC haya tomado medidas basándose en mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica. La prestación de servicios futuros puede retirarse si retiro mi consentimiento.

Firma

Fecha



AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y REORDENAR

Yo, (PACIENTE O PERSONA QUE COMPLETA LOS FORMULARIOS) por la presente lo autorizo a hablar con las siguientes personas para hacer un nuevo pedido y discutir los suministros actuales y la información médica del paciente. También entiendo que esta documentación permanecerá en vigor a menos que se notifique a AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES, LLC de los cambios. Los cambios deben ser realizados por el cliente/paciente o el cuidador principal del cliente/paciente.

Nombre/Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre/Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre/Relación: _____ Número de Teléfono: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

CUIDADOR PRINCIPAL/TUTOR/PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO: _____

(INDIQUE SU RELACIÓN CON EL PACIENTE): _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

(ES IMPORTANTE TENERLO ARCHIVADO, NO HACEMOS SPAM)

CONTACTOS DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, enumere a continuación dos contactos de emergencia además de usted con los que podríamos comunicarnos en nombre de la cuenta del paciente. Indique también el número y la relación de ese contacto de emergencia.

Nombre/Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre/Relación: _____ Número de Teléfono: _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE COMPLETA FORMULARIOS: _____



PÁGINA DE FIRMA

Mi firma a continuación indica que he recibido, leído y comprendido la siguiente información, y estoy de acuerdo y cumpliré con la información contenida en los siguientes documentos:

1. Carta de bienvenida
2. Información importante
3. Formulario de autorización con asignación de beneficios y divulgación de información (OBLIGATORIO)
4. Formulario de consentimiento para la divulgación de PHI y recepción de la Política de Privacidad (OBLIGATORIO)
5. Autorización para divulgar información y reordenar (REQUERIDA)
6. Página de firma (OBLIGATORIA)
7. Encuesta de percepción de atención/satisfacción (REQUERIDA)
8. Derechos y responsabilidades
9. Estándares para proveedores de DMEPOS de Medicare
10. Procedimiento y resolución de quejas
11. Política de privacidad
12. Aviso de prácticas de privacidad
13. Responsabilidad estimada del paciente
14. Garantía del producto y devolución de la información del dispositivo defectuoso
15. Plan de preparación para casos de desastre y emergencia de la Cruz Roja

HE RECIBIDO Y ENTIENDO LAS INSTRUCCIONES SOBRE EL USO DE LOS SUMINISTROS/ARTÍCULOS QUE SE PROVEEN.

Entiendo que si tengo más preguntas sobre esta información, puedo llamar al 1-866-919-1246 para hablar con un representante del cliente.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE/GUARDIAN: _____

FIRMA: _____



Encuesta de Percepción de Atención/Satisfacción

Usted es nuestro valioso cliente y su opinión es importante para nosotros. Completar esta encuesta nos ayudará a brindarle nuestros servicios a usted y a otras personas que usan equipos de atención domiciliaria.

Muy Satisfecho Medio Satisfecho No Satisfecho No Aplica

1. ¿Llegaron los equipos/suministros médicos en buen estado de funcionamiento y con una apariencia limpia y ordenada?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. ¿Llegaron los suministros de su equipo médico a la hora de entrega programada?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ¿El equipo o los suministros médicos han funcionado como se esperaba?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. ¿Nuestro personal de servicio al cliente lo ha ayudado de manera cortés y oportuna?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. ¿Nuestro personal de servicio al cliente ha resuelto sus inquietudes? Si no ha tenido ninguna inquietud, marque No Aplica.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comentarios:

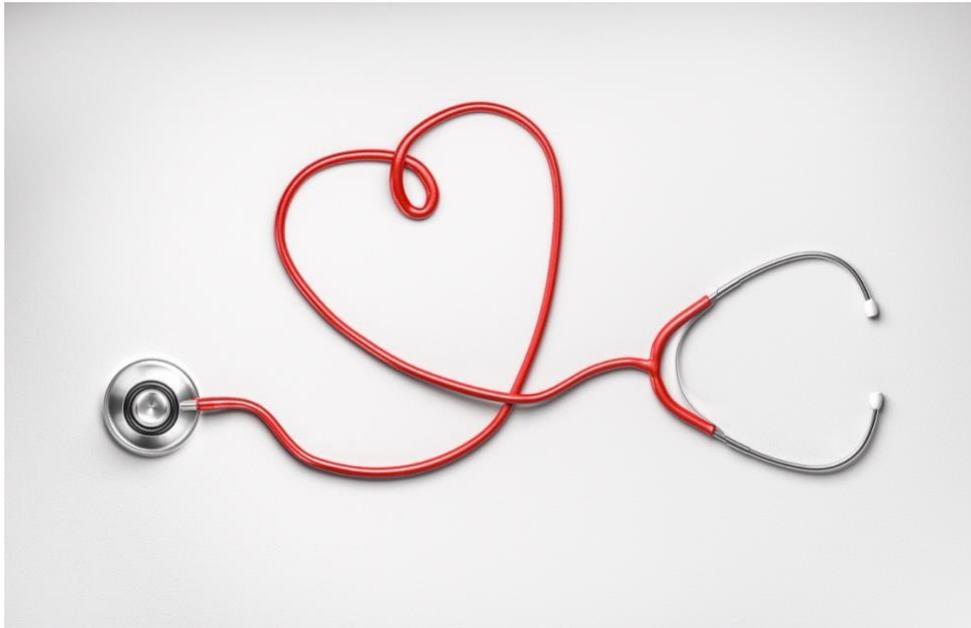
SOLO EL NOMBRE DEL PACIENTE: _____



Como receptor de equipo médico de AIM Plus Medical Supplies, tiene derecho a ser informado sobre los siguientes Derechos y Responsabilidades.

USTED TIENE DERECHO A:

1. Estar completamente informado con anticipación sobre la atención/servicio que se brindará, incluidas las disciplinas que brindan atención y la frecuencia de las visitas, así como cualquier modificación al plan de atención.
2. Estar informado sobre la atención/servicio que se le brinde y de su responsabilidad financiera.
3. Recibir información sobre el alcance de los servicios que brindará la organización y las limitaciones específicas de esos servicios.
4. Participar en el desarrollo y revisión periódica del plan de cuidados.
5. Rechazar la atención/tratamiento después de que se hayan presentado por completo las consecuencias de rechazar la atención o el tratamiento.
6. Ser informado de los derechos del cliente/paciente según la ley estatal para formular una directiva avanzada, si corresponde.
7. Que la propiedad y la persona de uno sean tratadas con respeto, consideración y reconocimiento de la dignidad e individualidad del cliente/paciente.
8. Ser capaz de identificar a los miembros del personal visitante mediante una identificación adecuada.
9. Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas las lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de la propiedad del cliente / paciente.
10. Expresar quejas con respecto al tratamiento de la atención o la falta de respeto a la propiedad, o recomendar cambios en la política, el personal o la atención/servicio sin restricción, interferencia, coerción, discriminación o represalia.
11. Que se investiguen las quejas sobre el tratamiento o la atención que se proporcione (o no se proporcione), o que se investigue la falta de respeto a la propiedad.
12. Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en el registro del cliente/paciente y de la Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés)



13. Ser informado sobre las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de registros clínicos.
14. Elegir un proveedor de atención médica, incluido un médico tratante, si corresponde.
15. Recibir la atención adecuada sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico, si corresponde.
16. Estar informado de cualquier beneficio económico cuando se le remita a una organización.
17. Estar plenamente informado de las responsabilidades propias.
18. Rechace los productos antes del envío.
19. Recibir información, educación e instrucción del fabricante con respecto al mantenimiento, uso y reparación del equipo médico para el hogar provisto, incluido cómo obtener asistencia y reparación del equipo si el proveedor ya no puede brindar el servicio.
20. Obtener servicios/atención de emergencia cuando sea médicamente necesario comunicándose con su proveedor o llamando al 911.
21. Que los reclamos de reembolso de terceros pagadores se desarrollen y presenten de manera completa y precisa y de conformidad con las prácticas de facturación de atención médica estatales, federales y privadas aplicables.
22. Expresar inquietudes o quejas a su servicio de atención domiciliaria o la autoridad estatal que rige a los proveedores de servicios de atención domiciliaria o recomendar modificaciones a su servicio de atención domiciliaria o al personal del proveedor sin temor a coerción, discriminación, represalia o interrupción irrazonable de la atención y los servicios. El número de la línea directa de Medicare es 1-800-633-4227.

SUS RESPONSABILIDADES



SUS RESPONSABILIDADES SON:

- DEVOLVER TODOS LOS FORMULARIOS DE FIRMA Y HIPAA QUE SE LE ENVIEN POR CORREO ELECTRÓNICO EN EL PAQUETE DE BIENVENIDA PARA PACIENTES NUEVOS.**
- NOTIFICARNOS DEL NÚMERO DE TELÉFONO O CAMBIO DE DIRECCIÓN.**
- NOTIFICARNOS DE CAMBIO DE SEGURO O DE MÉDICO.**
- ESTAR DISPONIBLE EN EL MOMENTO DE REALIZAR LAS ENTREGAS PARA PERMITIR QUE UN REPRESENTANTE O PERSONAL DE ENTREGAS DE AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES, LLC ENTREGUE SU PRODUCTO/SUMINISTROS O CAMBIE EL EQUIPO EN TIEMPOS RAZONABLES.**
- Informar a su proveedor de su historial de uso de equipos/suministros.
- Tratar al personal de la empresa con respeto y dignidad sin discriminación. Proporcionar un entorno seguro para que el personal brinde atención y servicios.
- Brindar información precisa sobre las quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones y medicamentos y reportar cambios inesperados en su condición a su médico y/o proveedor.
- Revisar los folletos de seguridad del proveedor y/o fabricante y participar activamente en el mantenimiento de un ambiente seguro en su hogar. Hacer preguntas sobre su atención, tratamiento y/o servicios, o para que le aclaren las instrucciones proporcionadas por los representantes de la empresa.
- Solicitar información adicional sobre cualquier aspecto operativo del equipo entregado que no comprenda completamente. Comunicar cualquier inquietud sobre la capacidad de usted/su cuidador/miembro de la familia para seguir instrucciones o usar el equipo provisto.
- Utilizar todo el equipo con un cuidado razonable, sin alteraciones ni modificaciones, y devolver el equipo (si lo alquila) en buenas condiciones (salvo el desgaste normal).
- Cuidar y usar de manera segura el equipo, de acuerdo con las instrucciones proporcionadas, para el propósito para el que fue recetado y solo para el paciente para quien fue recetado.
- Controlar la cantidad de artículos que suministramos en su hogar/escuela/lugar de trabajo y volver a realizar pedidos de manera oportuna para garantizar que los productos tengan suficiente tiempo para enviarse y llegar antes de la hora en que se necesitan.

SUS RESPONSABILIDADES



13. Proteger el equipo contra incendios, agua, robo u otros daños. Usted acepta no transferir ni permitir que su equipo sea utilizado por ninguna otra persona sin el consentimiento previo por escrito de AIM Plus Medical Supplies, LLC y además acepta no modificar ni intentar reparar de ningún modo el equipo. Modificar el equipo o intentar repararlo libera a AIM Plus Medical Supplies, LLC de cualquier responsabilidad relacionada con el equipo y sus usos, y de cualquier resultado negativo resultante para el paciente.
14. Informar de inmediato cualquier mal funcionamiento, daño o defecto en el equipo al proveedor de equipo médico domiciliario para que se pueda organizar la reparación/reemplazo.
15. Utilizar el equipo para los fines indicados y de acuerdo con la prescripción del médico.
16. Adherirse al plan de servicio de su médico.
17. Permitir que el proveedor acceda a todo el equipo para su reparación/reemplazo, mantenimiento y/o recogida.
18. Mantener el equipo en su posesión y control y en la dirección a la que fue entregado, a menos que el proveedor autorice lo contrario.
19. Notificar al proveedor de cualquier hospitalización o cambio en su seguro médico, dirección, número de teléfono, médico o uso prescrito y notificar al proveedor cuando la necesidad médica de cualquier equipo de alquiler ya no exista, incluso cuando sea admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Comunique cualquier información, inquietud y/o pregunta relacionada con el dolor, los riesgos percibidos en su atención, tratamiento y/o servicios, y cambios inesperados en su condición.
20. Solicitar que el pago de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguros privados autorizados se pague directamente al proveedor.
21. Aceptar la responsabilidad financiera de todos los productos/equipos médicos proporcionados por el proveedor, incluido cualquier equipo que se pierda o sea robado mientras esté en su poder, o por el cual su compañía de seguros no pague.
22. Usted es responsable de la liquidación/pago puntual de la totalidad de sus cuentas.
23. Pagar el costo de reemplazo de cualquier equipo dañado, perdido o destruido debido al mal uso, abuso o negligencia.
24. Pagar con prontitud los cargos por alquiler y venta de equipos que su compañía o compañías de seguros no paguen.
25. Comprender que la propiedad del equipo de alquiler y todas las partes siempre permanecerá en manos del proveedor de servicios de equipo médico en el hogar, a menos que el equipo se compre y se pague en su totalidad.



ESTÁNDARES PARA PROVEEDORES DE MEDICARE DMEPOS

Nota: Esta es una versión abreviada de los estándares para proveedores que todo proveedor de Medicare DMEPOS debe cumplir para obtener y conservar sus privilegios de facturación. Estos estándares, en su totalidad, se enumeran en 42 C.F.R. 424,57 (c).

1. Un proveedor debe cumplir con todos los requisitos reglamentarios y de licencias Federales y Estatales aplicables.
2. Un proveedor debe proporcionar información completa y precisa sobre la solicitud de proveedor de DMEPOS. Cualquier cambio en esta información debe ser reportado a la Cámara de Compensación de Proveedores Nacional dentro de los 30 días.
3. Un proveedor debe tener una persona autorizada (una cuya firma sea vinculante) que firme la solicitud de privilegios de facturación.
4. Un proveedor debe completar los pedidos de su propio inventario o debe contratar a otras empresas para la compra de los artículos necesarios para completar el pedido. Un proveedor no puede contratar a ninguna entidad que esté actualmente excluida del programa Medicare, de cualquier programa estatal de atención médica o de cualquier otro programa federal de adquisiciones o no adquisiciones.
5. Un proveedor debe informar a los beneficiarios que pueden alquilar o comprar equipos médicos duraderos baratos o que se compran habitualmente y de la opción de compra de equipos de alquiler con límite.
6. Un proveedor debe notificar a los beneficiarios sobre la cobertura de la garantía y cumplir con todas las garantías bajo la ley estatal aplicable, y reparar o reemplazar sin cargo los artículos cubiertos por Medicare que estén bajo garantía.
7. Un proveedor debe mantener una instalación física en un sitio apropiado y debe mantener un letrero visible con las horas de operación publicadas. La ubicación debe ser accesible para el público y contar con personal durante el horario comercial publicado. La ubicación debe tener al menos 200 pies cuadrados y contener espacio para almacenar registros.
8. Un proveedor debe permitir a C.M.S. o sus agentes para realizar inspecciones en el sitio para determinar el cumplimiento del proveedor con estos estándares.
9. Un proveedor debe mantener un teléfono comercial principal con el nombre de la empresa en un directorio local o un número gratuito disponible a través de la asistencia de directorio. Se prohíbe el uso exclusivo de un buscapersonas, un contestador automático o un teléfono celular durante el horario comercial publicado.
10. Un proveedor debe tener un seguro de responsabilidad integral por un monto de al menos \$ 300,000 que cubra tanto el lugar de trabajo del proveedor como todos los clientes y empleados del proveedor. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, este seguro también debe cubrir la responsabilidad del producto y las operaciones completadas.
11. Se prohíbe que un proveedor solicite directamente a los beneficiarios de Medicare. Para obtener detalles completos sobre esta prohibición, consulte 42-CFR 424.57 © (11).
12. Un proveedor es responsable de la entrega y debe instruir a los beneficiarios sobre el uso de los artículos cubiertos por Medicare y mantener el comprobante de entrega y las instrucciones para el beneficiario.
13. Un proveedor debe responder preguntas y quejas de los beneficiarios, y mantener la documentación de dichos contactos.



14. Un proveedor debe mantener y reemplazar sin cargo o costo de reparación, ya sea directamente o mediante un contrato de servicio con otra compañía, cualquier artículo cubierto por Medicare que haya alquilado a los beneficiarios.
15. Un proveedor debe aceptar devoluciones de artículos deficientes (menos que la calidad total para el artículo en particular) o artículos inadecuados (inapropiados para el beneficiario en el momento en que fue instalado y alquilado o vendido) de los beneficiarios.
16. Un proveedor debe divulgar estos estándares a cada beneficiario al que suministre un artículo cubierto por Medicare.
17. Un proveedor debe revelar a cualquier persona que tenga intereses de propiedad, financieros o de control en el proveedor.
18. Un proveedor no debe transmitir ni reasignar un número de proveedor, es decir, el proveedor no puede vender ni permitir que otra entidad use su número de facturación de Medicare.
19. Un proveedor debe tener un protocolo de resolución de quejas establecido para abordar las quejas de los beneficiarios que se relacionan con estos estándares. Se debe mantener un registro de estas quejas en la instalación.
20. Los registros de quejas deben incluir: el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de reclamo del seguro médico del beneficiario, un resumen de la queja y cualquier acción tomada para resolverla.
21. Un proveedor debe aceptar suministrar C.M.S. cualquier información requerida por los estatutos y regulaciones de Medicare.
22. Todos los proveedores deben estar acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS para recibir y retener un número de facturación de proveedor. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos para los cuales el proveedor está acreditado para que el proveedor reciba el pago de esos productos y servicios específicos (excepto para ciertos productos farmacéuticos exentos).
23. Todos los proveedores deben notificar a su organización de acreditación cuando se abre una nueva ubicación de DMEPOS.
24. Todas las ubicaciones de los proveedores, ya sean propias o subcontratadas, deben cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y estar acreditadas por separado para poder facturar a Medicare.
25. Todos los proveedores deben divulgar al momento de la inscripción todos los productos y servicios, incluida la adición de nuevas líneas de productos para las que buscan acreditación.
26. Un proveedor debe cumplir con los requisitos de fianza de garantía especificados en 42 C.F.R. 424.57 (d).
27. Un proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno con licencia estatal.
28. Un proveedor debe mantener la documentación de pedidos y referencias de acuerdo con las disposiciones que se encuentran en 42 C.F.R. 424.516 (f).
29. Se prohíbe a un proveedor compartir una ubicación de práctica con otros proveedores de Medicare.
30. Un proveedor debe permanecer abierto al público durante un mínimo de 30 horas a la semana, excepto los médicos (como se define en la sección 1848 (j) (3) de la ACT) o un terapeuta físico y ocupacional o un proveedor de DMEPOS que trabaje con órtesis y prótesis.

PROCEDIMIENTO/RESOLUCIÓN DE QUEJAS

Nuestro objetivo en AIM Plus Medical Supplies es brindar un excelente servicio al cliente y productos de alta calidad para usted y su familia. Si surge un problema, utilice el siguiente procedimiento para comunicarse con nosotros.

Procedimiento de Queja:

- Tiene el derecho y la responsabilidad de expresar inquietudes, insatisfacción o presentar quejas sobre los servicios que recibe o no recibe sin temor a represalias, discriminación o interrupción irrazonable de los servicios. **El número de teléfono de AIM Plus Medical Supplies, LLC es 1-866-919-1246.** Cuando llame, pida hablar con el Supervisor, el Gerente General, el Coordinador de Mejora del Desempeño o el C.E.O.
- AIM Plus Medical Supplies, LLC tiene un procedimiento formal de quejas que garantiza que se revisen sus inquietudes y se inicie una investigación en un plazo de **cinco** días. Se hará todo lo posible para resolver todas las quejas dentro de los **catorce** días. Se le informará por escrito de la resolución de la queja/agravio.
- Si siente la necesidad de hablar sobre sus inquietudes con alguien que no sea AIM Plus Medical Supplies, el estado de Alabama proporciona una línea directa de abuso estatal para su uso. El número es 1-800-458-7214.



Resolución de Quejas

AIM Plus Medical Supplies, LLC gestionará las quejas de forma individual. Todas las quejas se enviarán directamente al Administrador de AIM Plus Medical Supplies, LLC.

El proceso de investigación comenzará dentro de los cinco días posteriores a la queja/problema. Dentro de los **catorce** días calendario posteriores a la recepción de la queja de un beneficiario, AIM Plus Medical Supplies notificará al beneficiario de la solución.

500 Patriot Pkwy, Ste B

Tuscaloosa, AL 35405

866-919-1246 (Oficina)

866-496-7054 (Fax)

www.aimplusmedicalsupplies.com

Servicios gubernamentales de Cigna: 1-866-238-9650
Oficina del Inspector General (OIG): 1-800-447-8477
Operador Regional de Medicare: 1-800-Medicare

ACHC: 1-919-785-1214 (9-5 EST)
Oficina del Fiscal General del Estado: 1-800-392-5658
Línea Directa de Abuso del Estado: 1-800-458-7214

POLÍTICA DE PRIVACIDAD



A continuación se describe la manera en que usaremos y divulgaremos su información médica personal. Excepto para los fines que se enumeran a continuación, utilizaremos y divulgaremos su información médica solo con su permiso por escrito. Puede revocar el permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro oficial de privacidad. Tampoco divulgaremos su PHI con fines de marketing, ni haremos ninguna divulgación que constituya una venta de su PHI. Divulgaremos información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

Servicios: Podemos recopilar y compartir información apropiada sobre usted para documentar la necesidad médica del equipo, suministros o servicios que brindamos. Los ejemplos incluyen diagnóstico, prescripción, remisión e información del médico o del proveedor de atención médica.

Pagos: Podemos compartir la información adecuada sobre usted para facturar y cobrar el pago de los servicios y productos de atención médica que proporcionamos, incluidas las compañías de seguros y terceros, que incluye a miembros de la familia u otras partes financieramente responsables de las que nos haya informado. Los ejemplos incluyen la cobertura de seguro y la verificación de elegibilidad. También podemos divulgar información apropiada sobre usted a familiares o amigos que lo estén ayudando con las responsabilidades financieras incurridas al recibir equipos, suministros o servicios de nuestra parte.

Operaciones Comerciales: Podemos usar y divulgar información para monitorear y operar nuestro negocio. Los ejemplos incluyen encuestas de satisfacción, informes de utilización y resultados de atención médica, organismos de acreditación, informes proporcionados a cualquier autoridad federal, estatal o local (según lo requiera la ley), o para recordarle los equipos, suministros o servicios necesarios.

Requisitos Legales: Podemos usar y divulgar información sobre usted para responder a un tribunal o un organismo legal autorizado que solicite legalmente información sobre usted. Los ejemplos incluyen proporcionar documentos para citaciones judiciales o procedimientos de descubrimiento y hacer que nuestro personal testifique sobre la atención y los servicios que hemos brindado.

Compensación para Trabajadores: Podemos divulgar información médica para compensación para trabajadores o programas similares.

Socios Comerciales: Podemos divulgar información médica a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la que se especifica en nuestro contrato.

Salud Pública: Podemos divulgar su información médica a las autoridades legales o de salud pública responsables de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Notificación de Violación de Datos: Tiene derecho a ser notificado en caso de violación de su PHI no protegida. Podemos usar o divulgar su PHI para proporcionar avisos requeridos legalmente de acceso no autorizado o divulgación de su información médica.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD



PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS

Inspeccionar y copiar: Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y copiar esta información médica, debe realizar su solicitud por escrito. Tenemos hasta 30 días para poner a su disposición su información médica protegida y podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Es posible que no le cobremos una tarifa si necesita la información para un reclamo de beneficios según la Ley del Seguro Social o cualquier otro programa de beneficios estatal o federal basado en las necesidades. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud, tiene derecho a que la denegación sea revisada por un profesional de la salud con licencia que no haya estado directamente involucrado en la denegación de su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

Copia Electrónica de Registros Médicos Electrónicos: Si su PHI se mantiene en un formato electrónico (conocido como registro médico electrónico o registro médico electrónico), tiene derecho a solicitar que se le entregue una copia electrónica de su registro o que se transmita a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su PHI en la forma o formato que solicite si se puede producir fácilmente en dicha forma o formato. Si la PHI no se puede producir fácilmente en la forma o formato que solicita, su registro se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o, si no desea este formulario o formato, una copia impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por el trabajo asociado con la transmisión del registro médico electrónico.

Enmiendas: Si cree que AIM Plus Medical Supplies, LLC tiene información incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información se mantenga en nuestra oficina o para ella. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito.

Relación de Divulgaciones: Tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de información médica para fines distintos de los servicios, pagos y operaciones de atención médica o para las cuales proporcionó una autorización por escrito. Para solicitar una divulgación contable, debe realizar su solicitud por escrito.

Pagos de su Bolsillo: Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, ha solicitado que no le facturemos a su plan de salud) en su totalidad por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que la información de salud con respecto a ese artículo o servicio no se divulgará a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos con esa solicitud.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD



Restricciones: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u opciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos a alguien involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito a Leigh Ann Poole. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que nos solicite que restrinjamos el uso y la divulgación de su información médica protegida a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica y dicha información que desee restringir pertenece únicamente a un artículo de atención médica, o servicio por el cual nos ha pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Comunicaciones Confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Daremos cabida a las solicitudes razonables.

Copia Impresa de Este Aviso: Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben hacerse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja. Las quejas se pueden presentar ante nosotros en la siguiente dirección:

AIM Plus Medical Supplies, LLC

500 Patriot Pkwy, Ste B

Tuscaloosa, AL 35405

Poole@aimplusonline.com

SU PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS



SU PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS

Propósito

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

Por favor revíselo con atención.

AIM Plus Medical Supplies, LLC está obligada por ley a mantener la privacidad de la Información de salud protegida (PHI), proporcionar a las personas un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI y notificar a las personas afectadas después de una violación de la PHI no segura.

AIM Plus Medical Supplies, LLC cree que la información que recopilamos sobre usted es de naturaleza muy privada y estamos dedicados a mantener esta información confidencial. Los registros que creamos para brindarle atención se mantienen confidenciales por ley. También estamos obligados a informarle sobre nuestras políticas relativas al uso y almacenamiento de su información médica personal.

AIM Plus Medical Supplies, LLC se reserva el derecho de actualizar nuestro Aviso de Privacidad. Su información de salud personal siempre será mantenida por nuestras políticas actuales designadas en nuestro Aviso de Privacidad y debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. AIM Plus Medical Supplies, LLC se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad descritas en este aviso en cualquier momento. Una copia actual de nuestro Aviso de Privacidad se exhibe en un lugar destacado 500 Patriot Pkwy, Ste. B, Tuscaloosa, AL 35405. Si tiene algún comentario o pregunta sobre nuestro Aviso de Privacidad, puede llamar y pedir hablar con el gerente de AIM Plus Medical Supplies al 866-919-1246.



PRIVACIDAD Y SU INFORMACIÓN MÉDICA

La mayoría de nosotros creemos que nuestra información médica y de salud es privada y debe protegerse, y queremos saber quién tiene esta información. Ahora, la ley federal le otorga derechos sobre su información médica y establece reglas y límites sobre quién puede ver y recibir su información médica.

Su Información Médica Está Protegida por La Ley Federal

¿Quién debe seguir la ley?

- La mayoría de los médicos, enfermeras, farmacias, hospitales, clínicas, ancianatos y muchos otros proveedores de atención médica.
- Compañías de seguros de salud, HMO, la mayoría de los planes de salud grupales de empleadores.
- Ciertos programas gubernamentales que pagan la atención médica, como Medicare y Medicaid.

¿Qué información está protegida?

- Información que sus médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica ingresan en su expediente médico
- Conversaciones que su médico tiene sobre su atención o tratamiento con enfermeras y otras personas
- Información sobre usted en el sistema informático de su aseguradora de salud
- Información de facturación sobre usted en su clínica
- La mayoría de la otra información médica sobre usted en poder de quienes deben cumplir con esta ley

PRIVACIDAD Y SU INFORMACIÓN MÉDICA

La Ley Le Otorga Derechos Sobre Su Información Médica

Los proveedores y aseguradores de salud que deben cumplir con esta ley deben cumplir con su derecho a:

- Solicite ver y obtener una copia de sus registros médicos.
- Hacer que se agreguen correcciones a su información médica
- Recibir un aviso que le diga cómo se puede usar y compartir su información médica.
- Decidir si desea dar su permiso antes de que su información de salud pueda ser utilizada o compartida para ciertos propósitos, como por ejemplo, con fines de marketing.
- Obtener un informe sobre cuándo y por qué se compartió su información médica para ciertos propósitos.
- Si cree que se le niegan sus derechos o que su información médica no está protegida, puede: Presentar una queja ante su proveedor o aseguradora de salud o Presentar una queja ante el gobierno de EE. UU.

Debe conocer estos derechos importantes que lo ayudan a proteger su información médica. Puede hacerle preguntas a su proveedor o aseguradora médica sobre sus derechos. También puede obtener más información sobre sus derechos, incluido cómo presentar una queja, en el sitio web en www.hhs.gov/ocr/hipaa

Para Obtener Más Información: Este es un breve resumen de sus derechos y protecciones bajo la privacidad de la información de salud federal y sus derechos en una hoja informativa llamada “Su Información de Salud y Derechos de Privacidad”. Puede obtenerlo en el sitio web en www.hhs.gov.ocr.hipaa

Otros Derechos de Privacidad: Otra ley proporcionó protecciones de privacidad adicionales a los pacientes de programas de tratamiento de alcoholismo y drogadicción. Para obtener más información, visite el sitio web en www.samhsa.gov

Publicado por: Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

La Ley Establece Reglas y Límites sobre Quién Puede Ver y Recibir Su Información: Para asegurarse de que su información esté protegida de una manera que no interfiera con su atención médica, su información se puede usar y compartir

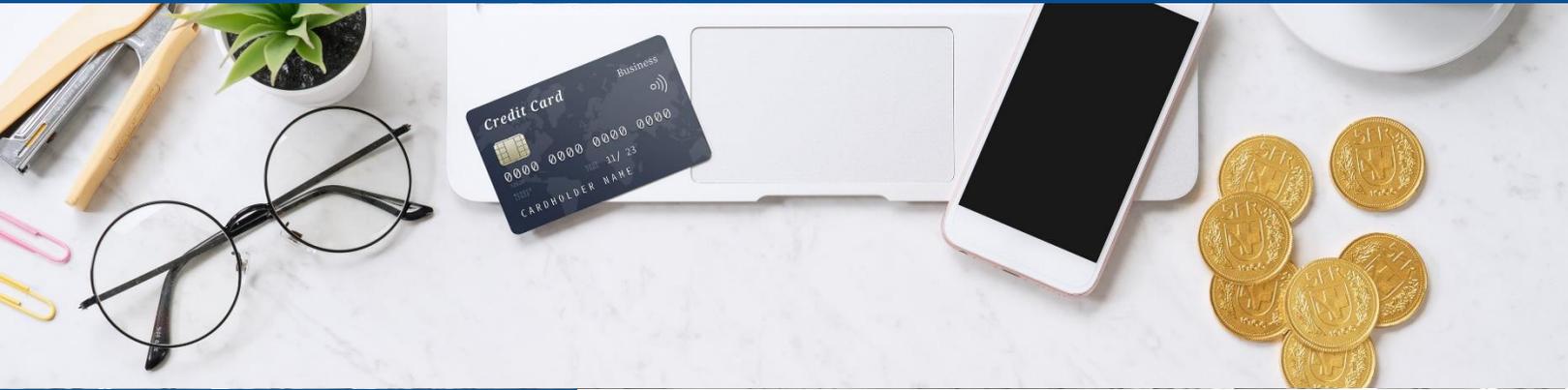
- Para su tratamiento y coordinación de cuidados.
- Pagar a médicos y hospitales por su atención médica y ayudar a administrar sus negocios
- Con su familia, parientes, amigos u otras personas, usted identifica quienes están involucrados con su atención médica o sus facturas de atención médica, si da permiso.
- Para asegurarse de que los médicos brinden una buena atención y que los asilos de ancianos estén limpios y seguros.
- Para proteger la salud pública, como informar cuando hay gripe en su área.
- Hacer los informes requeridos a la policía; como informar sobre heridas de bala

Su información médica no se puede usar ni compartir sin su permiso por escrito a menos que esta ley lo permita. Por ejemplo, sin su autorización, su proveedor generalmente no puede dar su información a su empleador, usar o compartir su información con fines publicitarios o de marketing, o compartir notas privadas sobre sus sesiones de asesoramiento sobre salud mental.

La Ley Protege la Privacidad de su Información Médica

Los proveedores y aseguradores de salud que deben cumplir con esta ley deben mantener la privacidad de su información enseñándoles a las personas que trabajan para ellos cómo su información puede y no puede ser utilizada y compartida. Tomando las medidas adecuadas y razonables para mantener segura la información de su salud.

RESPONSABILIDAD ESTIMADA DEL PACIENTE



ATENCIÓN PACIENTES:

Cualquier monto de responsabilidad del paciente proporcionado por AIM Plus Medical Supplies, LLC o su representante es solo una ESTIMACIÓN. No hay garantía de pago por parte de la compañía de seguros. Es responsabilidad exclusiva del paciente comunicarse con la compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre las posibles obligaciones financieras del producto. AIM Plus Medical Supplies, LLC no renuncia a los saldos de los pacientes. El paciente es responsable y acepta pagar cualquier parte del monto adeudado por dicho dispositivo no pagado por la aseguradora, ya sea como resultado de deducibles, copagos o de otro modo.

ATENCIÓN, PACIENTES DE MEDICARE: Tenga en cuenta que Medicare **generalmente pagará el 80%** de la tarifa de facturación* por los artículos cubiertos después de que se hayan alcanzado los deducibles de Medicare. **Si tiene una aseguradora secundaria**, AIM Plus Medical Supplies, LLC presentará un reclamo por el monto de su **co-seguro del 20%**. Usted será responsable de cualquier co-seguro impago adeudado en su reclamo.

ATENCIÓN PACIENTES DE MEDICAID: Si tiene **Medicaid**, estará **cubierto hasta el 100%** para todos los productos recetados. Tenga en cuenta que podría haber un pequeño copago en ciertos artículos según la cobertura de Medicaid que tenga. Le informaremos de cualquier artículo que no esté cubierto.

ATENCIÓN A TODOS LOS PACIENTES: TENGA EN CUENTA que tiene derecho a elegir cualquier proveedor, pero **NO** puede recibir los mismos artículos de más de una empresa. Si elige Suministros médicos AIM Plus y también obtiene los mismos suministros de una farmacia u otra compañía, **USTED SERÁ FACTURADO POR ESA CANTIDAD.**

GARANTÍA DEL PRODUCTO



GARANTÍA DEL PRODUCTO POR DEFECTOS DE MATERIAL O MANO DE OBRA

Cualquier queja sobre nuestros dispositivos debe comunicarse a Atención al cliente al 1-866-919-1246, de LUNES a VIERNES de **8:00 a 16:00 horas. y viernes de 8:00 a 12:00 del mediodía CST.** El servicio de atención al cliente de AIM Plus Medical Supplies, LLC brindará acceso a asistencia técnica para determinar el alcance del problema o educar al paciente sobre el uso del dispositivo. Si no se puede hacer que el dispositivo funcione correctamente, se envía un dispositivo de reemplazo al paciente y el dispositivo que funciona mal se lleva de regreso para su prueba y evaluación.

Política de Devolución de Equipo

Para realizar una devolución o cambio, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 866-919-1246 para obtener una Autorización de Devolución. Si recibe equipo como resultado de un error de AIM Plus Medical Supplies, LLC o el producto es defectuoso, AIM Plus Medical Supplies, LLC pagará los gastos de envío de devolución y reemplazará el equipo en consecuencia.

Información de Garantía

AIM Plus Medical Supplies, LLC ofrece un mínimo de 1 año de garantía contra defectos de fabricación en todos los productos. Una vez que se considere defectuoso, nos reservamos el derecho de reparar o reemplazar el producto a nuestra discreción. Los productos blandos están garantizados por 6 meses.



Consiga un kit. Haga un plan. Esté informado.

Es importante prepararse para posibles enfermedades y otras emergencias. Los desastres naturales y causados por humanos pueden ocurrir repentinamente, en cualquier momento y en cualquier lugar. Hay tres acciones que todos pueden tomar y que pueden ayudar a marcar la diferencia. Como mínimo, tenga los suministros básicos que se enumeran a continuación. Guarde los suministros en un equipo de preparación para emergencias fácil de llevar que pueda usar en casa o llevar con usted en caso de que deba evacuar.

- Agua: un galón por persona, por día (suministro de 3 días para evacuación, suministro de 2 semanas para el hogar)
- Alimentos: artículos no perecederos fáciles de preparar (suministro de 3 días para evacuación, suministro de 2 semanas para el hogar)
- Linterna
- Radio a batería o de manivela (radio meteorológica NOAA, si es posible)
- Baterías extra
- Kit de primeros auxilios
- Medicamentos (suministro para 7 días) y artículos médicos
- Herramienta multiusos
- Artículos de saneamiento e higiene personal
- Copias de documentos personales (lista de medicamentos e información médica pertinente, comprobante de domicilio, papeles/arrendamiento de la casa, pasaportes, certificados de nacimiento y pólizas de seguro).
- Celular con cargadores
- Información de contacto familiar y de emergencia
- Dinero extra
- Manta de seguridad
- Mapa de la región

Considere las necesidades de todos los miembros de la familia y agregue suministros al equipo. Elementos sugeridos para ayudar a satisfacer sus necesidades adicionales:

- Suministros médicos (audífonos para sordos con baterías adicionales, anteojos, lentes de contacto, jeringas, bastón)
- Suministros para bebés (biberones, fórmula, comida para bebés, pañales)
- Juegos y actividades para niños
- Suministros para mascotas (collar, correa, identificación, comida, transportador, cuenco)
- Radios bidireccionales
- Juego adicional de llaves del coche y de la casa
- Abrelatas manual



Suministros adicionales para tener en casa o en su equipo según los tipos de desastres comunes en su área:

- Silbato
- Mascarillas quirúrgicas o N95
- Cerillas
- Ropa de lluvia
- Toallas
- Guantes de trabajo
- Herramientas/suministros para asegurar su hogar
- Ropa adicional, sombrero, zapatos resistentes
- Láminas de plástico
- Cinta adhesiva
- Tijeras
- Blanqueador líquido doméstico
- Artículos de entretenimiento
- Mantas o sacos de dormir



Haga un Plan

- Reúnase con su familia o miembros de su hogar
- Discuta cómo prepararse y responder a las emergencias que es más probable que sucedan en el lugar donde vive. Aprenda, trabaje y juegue
- Identifique las responsabilidades de cada miembro de su hogar y planee trabajar juntos como un equipo
- Si un miembro de la familia está en el ejército, planifique cómo respondería si fuera enviado a una misión

Planifique qué hacer en caso de que se separen durante una emergencia

- Elijan dos lugares para reunirse:
 - Justo afuera de su casa en caso de una emergencia repentina, como un incendio
 - Fuera de su vecindario, en caso de que no pueda regresar a casa o se le pida que evacue
- Elija una persona de contacto de emergencia fuera del área. Puede ser más fácil enviar mensajes de texto o llamar de larga distancia si las líneas telefónicas locales están sobrecargadas o fuera de servicio. Todos deben tener información de contacto de emergencia por escrito o programada en sus teléfonos celulares.

Planifique qué hacer si tiene que evacuar

- Decida adónde iría y qué ruta tomaría para llegar allí. Puede optar por ir a un hotel/motel, quedarse con amigos o familiares en un lugar seguro o ir a un refugio de evacuación si es necesario.
- Practique la evacuación de su casa dos veces al año. Conduzca su ruta de evacuación planificada y trace rutas alternativas en su mapa en caso de que las carreteras sean intransitables.
- Planifique con anticipación para sus mascotas. Mantenga una lista de teléfonos de hoteles/moteles que aceptan mascotas y refugios de animales que se encuentran a lo largo de la ruta de evacuación.



Esté Informado

Conozca qué desastres o emergencias pueden ocurrir en su área. Estos eventos pueden variar desde aquellos que solo lo afectan a usted y su familia, como un incendio en el hogar o una emergencia médica, hasta aquellos que afectan a toda su comunidad, como un terremoto o una inundación.

- Identifique cómo las autoridades locales le notificarán durante un desastre y cómo obtendrá información, ya sea a través de estaciones o canales de radio local, TV, NOAA Weather Radio.
- Conozca la diferencia entre alertas meteorológicas, como advertencias, y qué acciones tomar en cada una.
- Sepa qué acciones tomar para protegerse durante los desastres que pueden ocurrir en áreas donde viaja o se ha mudado recientemente. Por ejemplo, si viaja a un lugar donde los terremotos son comunes y no está familiarizado con ellos, asegúrese de saber qué hacer para protegerse en caso de que ocurra uno.
- Cuando ocurre un desastre mayor, su comunidad puede cambiar en un instante. Los seres queridos pueden resultar heridos y es probable que la respuesta de emergencia se retrase. Asegúrese de que al menos un miembro de su hogar esté capacitado en primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar y sepa cómo usar un Desfibrilador Externo Automático (DEA). Esta formación es útil en muchas situaciones de emergencia.
- Comparta lo que ha aprendido con su familia, su hogar y sus vecinos y anímelos a estar informados.

Tarjetas de Contacto de Emergencia para Todos los Miembros del Hogar

Obtenga sus tarjetas en línea en: <http://www.redcross.org/prepare/ECCard.pdf>

- Imprima una tarjeta para cada miembro de la familia
- Escriba la información de contacto de cada miembro del hogar, como el trabajo, la escuela y los números de teléfono celular
- Doble la tarjeta para que quepa en su bolsillo, billetera o cartera
- Lleve la tarjeta con usted para que esté disponible en caso de desastre u otra emergencia

Para más información sobre la preparación para desastres, visite
RedCross.org