



VIVOHealth Pharmacy

Paquete de bienvenida

Table of Contents

Nuestras sedes, horarios de atención, e información de contacto.....	3
Elegibilidad del cliente	5
Declaración de derechos y responsabilidades del cliente	6
¿Quiénes somos?.....	8
¿Cómo acceder a los medicamentos en caso de emergencia?	10
¿Cómo verificar el estado de su pedido?	11
¿Cómo reportar una inquietud o queja?	11
Almacenamiento de los medicamentos	12
Materiales peligrosos	12
¿Cómo desechar los medicamentos de manera segura?.....	13
Seguridad del paciente.....	14
Seguridad general en el hogar	15
Preguntas frecuentes	17
Normas para proveedores de DMEPOS de Medicare	19
Servicios de DMEPOS de Medicare	22
Notificación de las prácticas de privacidad de la HIPAA	24
Apéndice	37
Acuerdo de servicio al cliente de Medicare, autorización de pago y divulgación de información	38
Artículos de Medicare de alquiler con límite máximo y artículos económicos o comprados de manera	39
Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN)	40
Formulario de quejas de VIVOHealth Pharmacy	41
Encuesta de satisfacción del cliente de VIVOHealth Pharmacy	42
Acuse de recibido	44

Bienvenidos a **VIVOHealth Pharmacy**, ¡Gracias por elegirnos para cubrir sus necesidades de medicamentos!

En VIVOHealth Pharmacy, nuestra misión es sencilla pero profunda: brindar a nuestros pacientes una atención farmacéutica excepcional y elevar la salud en la comunidad. Logramos este objetivo mediante alianzas sólidas y colaboraciones con proveedores de atención sanitaria. Aseguramos una experiencia cómoda e integral para nuestros pacientes en todas las etapas de su tratamiento. Nuestro enfoque se centra en el paciente, con especial atención en proveer un cuidado personalizado que responda a las necesidades únicas de cada persona a la que ayudamos. Nuestra visión consiste en adaptarnos y seguir evolucionando continuamente en el cambiante panorama de la atención médica, garantizando que nuestro impacto en la promoción y mejora de la salud de nuestros pacientes y empleados sea sostenible y eficiente.

Nuestra misión concuerda con la misión general de Northwell Health: mejorar la salud de nuestras comunidades brindando una atención de la más alta calidad. A través de principios fundamentales que incluyen una dedicación al servicio, excelencia, compasión, innovación y mejora continua, nos comprometemos a brindar una atención farmacéutica que:

1. Satisface las necesidades del paciente.
2. Cumple con las normas éticas y de práctica profesional aceptadas.
3. Cumple con los requisitos legales, tanto estatales como federales.
4. Mejora la calidad a través de la educación, el entrenamiento y la investigación realizadas por el personal de farmacia.
5. Cumple con los requisitos establecidos por las agencias de acreditación, como Comisión de Acreditación de Revisión de la Utilización (Utilization Review Accreditation Commission, URAC), Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud (Accreditation Commission for Health Care, ACHC), y la Asociación Nacional de Juntas de Farmacia (National Association of Boards of Pharmacy, NABP).
6. Hace un uso eficiente de los recursos y resulta económico.

Nuestro objetivo es ser profesionales siempre y estar atentos a las necesidades del cliente. Nuestra farmacia lo atenderá de una manera amistosa, honesta y respetuosa. Para nosotros es muy importante que esté satisfecho con nuestro servicio y productos. Si surge algún problema con nuestro servicio o nuestros productos, trabajaremos rápidamente para resolverlo. Este folleto explica nuestras políticas y procedimientos. Esta información está disponible en nuestro sitio web en vivohealthpharmacy.com. Por favor tómese el tiempo para revisarlo y contactarnos con cualquier pregunta.

*Cordialmente,
El equipo de VIVOHealth Pharmacy*

Nuestras sedes, horarios de atención, e información de contacto

VIVOHealth Pharmacy en CFAM

Farmacia especializada acreditada por ACHC y URAC

450 Lakeville Road
Lake Success, NY 11042
Teléfono: (516) 734-7780
Número gratuito: (833) 920-8486
Fax: (516) 734-7782
vivo.cfam@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 8 a.m. – 6 p.m.
Sábado y domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en casa (orden por correo)

225 Community Drive
Suite 104
Great Neck, NY 11021
Teléfono: (833) 868-8486
Fax: (516) 266-5332
vivo.mailorder@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 8 a.m. – 7 p.m.
Sábado: 8 a.m. – 4 p.m.
Domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en Lenox Hill

Farmacia especializada acreditada por ACHC

100 East 77th Street
New York, NY 10075
Teléfono: (212) 434-4980
Número gratuito: (855) 618-8486
Fax: (212) 434-4988
vivo.lenox@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 8 a.m. – 8 p.m.
Sábado: 8 a.m. – 4 p.m.
Domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en LIJ

Farmacia acreditada NABP DMEPOS

270-05 76th Avenue
New Hyde Park, NY 11040
Teléfono: (718) 470-8486
Número gratuito: (844) 740-8486
Fax: (718) 470-5508
vivo.lij@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 8 a.m. – 8 p.m.
Sábado: 8 a.m. – 4 p.m.
Domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en Manhasset

*Farmacia especializada acreditada por URAC
Farmacia acreditada NABP DMEPOS*

300 Community Drive
Manhasset, NY 11030
Teléfono: (516) 562-8486
Número gratuito: (833) 674-8486
Fax: (516) 562-8329
vivo.manhasset@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 7 a.m. – 7 p.m.
Sábado y domingo: 8 a.m. – 4 p.m.

VIVOHealth Pharmacy en Phelps

Farmacia acreditada NABP DMEPOS

777 North Broadway
Room 101
Sleepy Hollow, NY 10591
Teléfono: (914) 366-1400
Número gratuito: (844) 742-8486
Fax: (914) 366-1408
vivo.phelps@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 9 a.m. – 6 p.m.
Sábado y domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en Rego Park

Farmacia especializada acreditada por ACHC

95-25 Queens Blvd.
Suite GFLO3
Rego Park, NY 11374
Teléfono: (718) 395-1980
Número gratuito: (833) 876-6171
Fax: (929) 895-5197

vivo.rego@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 7 a.m. – 7 p.m.
Sábado: 8 a.m. – 4 p.m.
Domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en South Shore

Farmacia acreditada NABP DMEPOS

301 East Main Street
Bayshore, NY 11706
Teléfono: (631) 894-5775
Número gratuito: (844) 750-8486
Fax: (631) 894-5781

vivo.southside@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 7 a.m. – 7 p.m.
Sábado: 8 a.m. – 4 p.m.
Domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en Staten Island

Farmacia especializada acreditada por ACHC

Farmacia acreditada NABP DMEPOS

475 Seaview Avenue
Staten Island, NY 10305
Teléfono: (718) 226-1914
Número gratuito: (833) 305-8486
Fax: (718) 226-1688

vivo.siu@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 7 a.m. – 7 p.m.
Sábado: 8 a.m. – 4 p.m.
Domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy en Hospital Zucker Hillside

75-59 263rd Street
Glen Oaks, NY 11004
Teléfono: (516) 470-5611
Número gratuito: (844) 739-8486
Fax: (718) 470-5612

vivo.zucker@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 9 a.m. – 7 p.m.
Sábado a domingo: cerrado

VIVOHealth Pharmacy especializada

Farmacia especializada acreditada por ACHC y URAC

225 Community Drive
Suite 100
Great Neck, NY 11021
Teléfono: (516) 465-5250
Número gratuito: (844) 411-8486
Fax: (516) 465-5256

vivo.specialty@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 9 a.m. – 5 p.m.
Sábado a domingo: 8 a.m. – 4 p.m.

VIVOHealth Pharmacy Now

Farmacia acreditada por ACHC para DMEPOS

40 Melville Park Road, Unit One
Melville, NY 11747
Teléfono: (833) 898-8486
Fax: (631) 465-0645

vivo.now@northwell.edu

Horario de atención

Lunes a viernes: 8 a.m. – 7 p.m.
Sábado a domingo: 9 a.m. – 5 p.m.

Puede contactar nuestro centro de llamadas (Call center) clínico fuera del horario de atención: **1-844-820-8486**

¿Tiene alguna inquietud o reclamo?
Por favor contacte a nuestro representante de defensa del consumidor.
advocacy@vivohealthpharmacy.com

Los pacientes que reciben medicamentos especializados pueden comunicarse con la **Comisión de Acreditación para la Atención Médica (ACHC)** al (855) 937-2242 o en línea en **www.achc.org**, o con la Comisión de **Acreditación de Revisión de Utilización (URAC)** al (202) 216-9010 o en línea en **www.urac.org** para presentar una queja formal.

Los pacientes con seguro de Medicare que reciben **Equipo Médico Duradero (DME)** pueden comunicarse con la **Comisión de Acreditación para la Atención Médica (ACHC)** al (855) 937-2242 o en línea en **www.achc.org**, o con la **Asociación Nacional de Juntas de Farmacia (NABP)** al 847-391-4406 o en línea en **www.nabp.pharmacy** para presentar una queja.

Elegibilidad del cliente

VIVOHealth Pharmacy acepta recetas médicas válidas enviadas electrónicamente, por fax, por teléfono, o en persona. Para las renovaciones de recetas, recomendamos que se comunique con la farmacia al menos tres días antes de que se le acabe el medicamento. Sin embargo, debido al proceso de adquisición de ciertos medicamentos especializados, le sugerimos contactarnos lo antes posible. VIVOHealth Pharmacy puede ofrecer servicio de entrega el mismo día o entrega al día siguiente en todo el país*, según disponibilidad. Si no podemos entregarle su medicación, transferiremos su receta a una farmacia especializada cercana. Por favor, hable con nuestro equipo de farmacia si va a viajar, para asegurarse de no quedarse sin su medicamento. Nuestra empresa no discrimina a los clientes sobre la base, entre otros, de los siguientes factores: edad, raza, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, información genética, embarazo, represalias, diagnóstico, estado de enfermedad o discapacidad.

Por favor, firme para confirmar que recibió los siguientes documentos. Los incluimos en este folleto y se los proporcionamos al iniciar los servicios.

- Ubicaciones, horarios de atención e información de contacto
- Declaración de derechos y responsabilidades del cliente
- Cómo informar una inquietud o queja
- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Encuesta de satisfacción del cliente

Para los pacientes con seguro de Medicare que reciben Equipo Médico Duradero (DME):

- Acuerdo de Servicio al Cliente, la Autorización de Pago y Divulgación de Información
- Artículos de Medicare de alquiler con límite máximo y artículos económicos o comprados de manera
- Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario (ABN).

VIVOHealth Pharmacy proporciona información en inglés y también puede proporcionar información en español, ruso, chino, coreano, árabe, hindi, urdu o gujarati. Si no puede entender la información por cualquier motivo, nos comunicaremos a través de familiares o utilizando los recursos del sistema de salud. El personal de VIVOHealth Pharmacy brindará una atención considerada y respetuosa de acuerdo con su trasfondo cultural y creencias religiosas. Si siente que no ha sido tratado con respeto, comuníquese con nuestro representante de defensa del consumidor. Nos esforzamos por brindar la mejor atención a todos nuestros pacientes.

Si algún cliente que visita nuestras farmacias muestra signos de malestar o parece necesitar servicios de emergencia, la política de VIVOHealth Pharmacy es llamar al 911.

Si bien esperamos que esté satisfecho con nuestros servicios, entendemos que en ocasiones usted deba utilizar otro proveedor para sus medicamentos. Si su seguro cambia y no podemos aceptar su nuevo seguro, transferiremos la información necesaria a su nuevo proveedor de farmacia cuando lo solicite para garantizar una transición sin problemas.

**Sujeto a limitaciones de seguro aplicables y requisitos legales..*

Declaración de derechos y responsabilidades del cliente

Como paciente de VIVOHealth Pharmacy, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Derechos de los pacientes

1. Derecho a un cuidado considerado y respetuoso.
2. Derecho a recibir información relevante, actual y comprensible sobre su terapia con medicamentos y tratamiento por parte de farmacéuticos y otros cuidadores directos.
3. Derecho a la información relacionada con su terapia farmacológica específica, incluyendo los posibles efectos adversos secundarios e interacciones con otros medicamentos.
4. Derecho a hablar o recibir asesoramiento del farmacéutico para ayudarlo a comprender sus medicamentos, cómo usarlos apropiadamente y el programa de manejo del paciente.
5. Derecho a recibir información sobre la filosofía y características del programa de manejo del paciente, antes y durante el tratamiento, y el derecho a rechazar un tratamiento o plan de atención recomendado y cualquier limitación.
6. Derecho a recibir información de la administración sobre cambios o terminación del programa de manejo del paciente.
7. Derecho a participar en el desarrollo y revisión periódica del plan de cuidado.
8. Derecho a conocer nombre y cargo de todos los miembros del personal del programa, y el derecho a hablar con un supervisor de los miembros del personal.
9. Derecho a quejarse sin miedo ni represalias sobre la atención y los servicios que está recibiendo y a que la farmacia le responda y si lo solicita, le presente una respuesta por escrito.
10. Derecho a la privacidad razonable de la información de salud protegida, que se puede compartir con el programa de manejo de pacientes y aquellas entidades descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad y de acuerdo con las leyes estatales y federales.
11. Derecho a ser informado con anticipación, tanto de manera oral como por escrito, de los costos, incluyendo el pago por la atención/servicio que se de terceros y cualquier cargo por el cual el cliente/paciente sea responsable.
12. Derecho a ser informado de cualquier beneficio económico cuando se le remita a una organización.
13. Derecho a negarse a participar, revocar el consentimiento o cancelar su inscripción en cualquier momento.*
14. El derecho a recibir atención adecuada sin discriminación por edad, raza, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, información genética, embarazo, represalias, diagnóstico, estado de enfermedad, discapacidad o fuente de pago.
15. Derecho a recibir información sobre el alcance de los servicios que brindará la organización y limitaciones específicas de esos servicios.

16. Derecho a ser informado sobre las políticas y procedimientos de la farmacia con respecto a la divulgación de registros clínicos.
17. Derecho a estar plenamente informado de sus responsabilidades.
18. Derecho a revisar y obtener sus registros de farmacia de acuerdo con la regla de privacidad de HIPAA.
19. Derecho a ser informado completamente sobre sus responsabilidades.
20. Derecho a tener un proveedor diferente para sus medicamentos. En caso de que decida usar otra farmacia, trabajaremos con su farmacia de preferencia para asegurar una transición sin problemas.
21. Estar libre de maltrato, negligencia y abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de bienes por parte de cualquier persona que proporcione servicios en nombre de VIVOHealth Pharmacy.

La efectividad de la atención al paciente y su satisfacción durante la terapia con medicamentos dependen, en parte, de que el paciente cumpla con ciertas responsabilidades.

Responsabilidades de los pacientes

1. Presentar todos los formularios requeridos, incluidos los formularios que sean necesarios para participar en el programa, en la medida requerida por la ley.
2. Proporcionar información clínica precisa (incluidos los medicamentos actuales, historial de medicamentos, y alergias a medicamentos y alimentos) y notificar cualquier cambio al programa de manejo de pacientes.
3. Notificar al médico que lo atiende de su participación en el programa de manejo del paciente, si aplica.
4. Solicitar aclaraciones sobre los medicamentos que está tomando si no comprende completamente la información e instrucciones que se le han dado.
5. Seguir un régimen de medicamentos según las instrucciones de su médico.
6. Notificar a su proveedor y farmacéutico si decide finalizar su terapia con medicamentos.
7. Notificar a su proveedor y farmacéutico los cambios en la información de contacto, dirección o información del seguro.
8. Aceptar cualquier responsabilidad financiera no cubierta por el seguro.
9. Notificar a su farmacéutico sus preferencias relacionadas con la recepción de información, incluyendo método de educación preferido y horario de contacto.
10. El cliente/paciente es responsable de mantener cualquier equipo proporcionado.
11. El cliente/paciente es responsable de notificar a la organización cualquier inquietud sobre la atención o los servicios prestados.

**Puede optar por no participar en el programa de manejo de pacientes comunicándose con la sede de VIVOHealth Pharmacy que proporciona su servicio de manejo de pacientes o enviando un correo electrónico al servicio de defensa del cliente a advocacy@vivohealthpharmacy.com.*

Derechos y responsabilidades del paciente, actualizado Marzo 24, 2026

¿Quiénes somos?

En VIVOHealth Pharmacy estamos exactamente donde nos necesita, cuando nos necesita.

Es un honor para nosotros estar junto a usted en su camino hacia una mejor salud. Nuestras farmacias están aquí para proporcionar un nivel especializado de atención y conveniencia. Ya sea que necesite la respuesta a una pregunta, una mano amiga en un momento de necesidad o la experiencia de un profesional que trabaje en cercana colaboración con su médico, aquí estamos para usted.

¿Por qué escoger VIVOHealth?

Nuestras farmacias están convenientemente ubicadas en hospitales y centros de tratamiento, lo que le permite acceder a sus medicamentos de manera fácil e inmediata. Estar cerca de los proveedores de atención médica también garantiza que tengamos la comprensión más clara posible de las condiciones de nuestros pacientes y la atención que requieren. Ofrecemos este estándar de atención a los pacientes independientemente de la afiliación del proveedor.

Aunque nuestras farmacias ofrecen atención para una amplia variedad de enfermedades y condiciones, cada sucursal tiene un enfoque especializado. Esto nos permite ponerlo en contacto con un farmacéutico que conozca específicamente su condición y que esté calificado para responder sus preguntas, manejar sus recetas y organizar la entrega de sus medicamentos. ***Nuestros farmacéuticos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que siempre pueda contar con su ayuda.***

Programa de Manejo de Pacientes

Nuestro Programa de Manejo del Paciente está diseñado para ayudarle a obtener el mayor beneficio posible de su tratamiento. Trabajamos estrechamente con usted y con sus proveedores de atención médica para ayudarle a seguir su tratamiento y manejar cualquier problema que pueda surgir.

Lo que hacemos por usted:

- Le ayudamos a manejar los efectos secundarios
- Dar seguimiento regular con usted para asegurarnos de que comprenda su tratamiento.
- Le recordamos cuándo es el momento de resurtir su medicamento
- Compartimos consejos para ayudarle a mantenerse al día con su tratamiento
- Le proporcionamos herramientas y recursos para tomar decisiones informadas

Lo que necesitamos de usted:

Para obtener el mayor beneficio de este programa, necesitamos que usted:

- Siga las recomendaciones de su farmacéutico y de su médico
- Dedique tiempo para hablar con nuestro equipo de farmacia
- Nos informe si en cualquier momento desea dejar de participar en el programa

Hemos comprobado que estas intervenciones se traducen en una mayor satisfacción del paciente y mejores resultados. No podemos garantizar resultados específicos, ya que cada paciente y cada condición son diferentes, pero siempre trabajaremos en equipo pensando en lo que más le beneficie.

Pagos

VIVOHealth Pharmacy le enviará la factura por el costo de sus medicamentos a su compañía de seguro. Es posible que tenga que pagar parte de los costos, lo que se denomina copago. Se espera que realice el copago cuando reciba sus medicamentos. El uso de una farmacia fuera de la red generalmente implica un copago más alto; en algunos casos, el servicio puede no estar cubierto en absoluto. VIVOHealth Pharmacy reporta todas las incidencias fuera de la red al paciente o al representante autorizado y obtiene su aprobación antes de la prestación de los servicios.

Le comunicaremos - ya sea en persona, por teléfono o por escrito- exactamente cuánto pagará su compañía de seguro y cuánto se espera que pague usted. Se le informará de cualquier costo previsto en el momento de recibir sus productos o servicios, o antes de recibirlos. Hay una lista de tarifas disponible previa solicitud. Si no entiende estos costos, puede llamar a la farmacia en cualquier momento durante el horario de atención habitual. En cualquier momento puede solicitar información sobre los reclamos relacionados con su receta.

Programa de asistencia para copagos

VIVOHealth Pharmacy tiene recursos de asistencia financiera, en los casos que corresponde, para ayudar con los copagos y minimizar las interrupciones en su terapia. Estos programas incluyen cupones de descuento de los fabricantes de medicamentos y asistencia por parte de fundaciones para el manejo de enfermedades y compañías farmacéuticas.

Medicamentos más económicos y medicamentos alternativos

A menos que su doctor indique lo contrario, le proporcionaremos la versión genérica o de menor costo de su medicamento recetado, en lugar del medicamento de marca, que es más costoso. Se le podrán entregar medicamentos genéricos cuando reciba nuevas recetas o sean renovadas. Si es necesario darle un medicamento diferente (de acuerdo con la lista de medicamentos cubiertos (formulario) de su plan de seguro, a la disponibilidad de los medicamentos, o a reacciones adversas o alérgicas a los medicamentos), nos comunicaremos con su proveedor para que lo apruebe y lo asesoraremos sobre todos los cambios realizados.

Retiros del mercado

En ocasiones, el fabricante retira medicamentos, equipos médicos para el hogar o suministros, a menudo como medida de precaución. VIVOHealth Pharmacy puede comunicarse con usted y con su proveedor de atención médica para darle instrucciones y trabajará con usted para reparar, reemplazar o de otro modo atender el producto retirado, de acuerdo con las pautas del fabricante y/o de la FDA.

Reacciones adversas a medicamentos

Llame a su proveedor, al farmacéutico o al 911 en caso de emergencia si cree que está teniendo alguna reacción adversa al medicamento que está tomando.

¿Cómo acceder a los medicamentos en caso de emergencia?

En el caso de una emergencia por medicamentos, llame a la sucursal de VIVOHealth Pharmacy que le presta los servicios de farmacia. Si no sabe cuál es su sucursal de VIVOHealth Pharmacy y necesita ayuda fuera del horario de atención, comuníquese al **(844) 820-8486** para ser transferido a nuestro Call Center clínico.

En caso de una emergencia o desastre en su área, no se arriesgue a buscar los medicamentos por su cuenta. Una vez que llegue a un lugar seguro, comuníquese con la sede de VIVOHealth Pharmacy que brinda su servicio de farmacia para asegurarse de que su tratamiento no se interrumpa.

Un farmacéutico de VIVOHealth altamente capacitado está siempre disponible para atender su llamada durante el horario de atención. Fuera del horario de atención, las personas que llaman tienen la opción de ser transferidas a nuestro centro de atención clínica telefónica, que cuenta con enfermeros registrados con los recursos necesarios para evaluar y derivar todas las situaciones de emergencia y urgencia. Si se produce una emergencia, una catástrofe o un retraso por parte de una sucursal de VIVOHealth Pharmacy, nuestras otras sucursales prestarán apoyo para garantizar que no se interrumpa el servicio.

Si se requiere la intervención de un farmacéutico, un farmacéutico de **VIVOHealth** está disponible **24/7**.



¿Cómo verificar el estado de su pedido?

Para verificar el estado de un pedido de un medicamento con receta, llame a la sucursal de VIVOHealth Pharmacy que le proporciona el servicio para hablar con un miembro de nuestro equipo, o deje un mensaje para que le devuelvan la llamada al siguiente día hábil. Siempre que tengamos conocimiento sobre un retraso en su pedido de medicamentos, un miembro de nuestro equipo lo contactará para darle a conocer detalles y el estado de su pedido. Además, puede visitar northwell.edu/mynorthwell o descargar la aplicación MyNorthwell en el Apple App Store o Google Play Store. Si no recibe un pedido de medicamentos en el período previsto, por favor comuníquese con la farmacia para notificar a un miembro del equipo de VIVOHealth Pharmacy.

¿Cómo reportar una inquietud o queja?

Nosotros nos tomamos sus preocupaciones muy en serio y nos esforzamos por darle el mejor servicio posible. Sin embargo, si no lo hicimos o si usted sospecha que cometimos un error, por favor siga este procedimiento:

1. Llame a nuestra farmacia o visítela y presente su inquietud o queja a un farmacéutico.
2. El farmacéutico intentará resolver su reclamo.
3. Si no se puede llegar a una resolución, enviaremos su queja formal a nuestro defensor del consumidor.
4. Puede solicitar una copia por escrito de la resolución.

Si tiene alguna pregunta sobre este procedimiento, solicite una explicación más detallada.

Si tiene inquietudes o preguntas sobre su servicio, comuníquese con un farmacéutico de VIVOHealth escribiendo a advocacy@vivohealthpharmacy.com.

Si desea presentar una queja, por favor rellene el formulario de queja que se encuentra en el apéndice de este folleto.

Almacenamiento de los medicamentos

¿Sabía que algunos elementos como el calor, el aire, la luz y la humedad pueden hacer que sus medicamentos sean menos efectivos? Por lo tanto, el lugar donde almacena su medicamento puede realmente afectar su funcionamiento. Siempre almacene sus medicamentos en su envase original, en un lugar fresco y seco, y fuera del alcance de niños y mascotas. Por ejemplo: en un cajón o un armario lejos del lavaplatos, del horno o la ducha. No tome medicamentos que hayan cambiado de color, textura o que tengan un aspecto inusual, aunque no estén vencidos. Consulte con su farmacéutico sobre las instrucciones de almacenamiento específicas de un medicamento.

Materiales peligrosos

Los medicamentos peligrosos son fármacos usados para tratar virus, cáncer y también pueden incluir hormonas y diversos fármacos. Pueden ser peligrosos si los toman otras personas o mascotas, ya que estos medicamentos pueden afectar el crecimiento celular o la capacidad del cuerpo de combatir una infección.

Para reducir los riesgos para otras personas, revise las siguientes recomendaciones si le recetaron un medicamento peligroso:

Siempre que sea posible, solo el paciente o el cuidador debe manipular el medicamento.

- Use guantes de látex o nitrilo cuando manipule el medicamento. Lávese las manos antes de la aplicación y después de quitarse/desechar los guantes.
- Si un medicamento peligroso se derrama, limpie la zona con una toalla de papel húmeda y detergente, después enjuague. Todas las toallas de papel usadas se pueden tirar en un cesto de basura común después de limpiar el medicamento derramado.
- Lávese y enjuáguese la piel con agua y jabón si estuvo en contacto directo con un medicamento peligroso. Si la piel se pone roja o se irrita, llame a su médico.
- Si un medicamento peligroso entra en contacto con sus ojos, enjuáguelos por 15 minutos con agua corriente. Busque atención de emergencia.
- Las mujeres embarazadas, o aquellas que puedan quedar embarazadas, o que estén en período de lactancia NO deben manipular medicamentos peligrosos.
- Siempre guarde los medicamentos peligrosos en su envase original, en un lugar fresco y seco, y fuera del alcance de niños y mascotas.
- Lleve los sobrantes de medicamentos peligrosos a un lugar de eliminación de residuos (ver “¿Cómo desechar medicamentos de manera segura?”). Nunca tire los sobrantes de medicamentos al inodoro. Para los medicamentos inyectables que pueden requerir un tratamiento especial, llame a la farmacia para obtener instrucciones específicas para su desecho.
- Si tiene alguna pregunta, llame a su farmacéutico.

¿Cómo desechar los medicamentos de manera segura?

Recuerde mantener todos los medicamentos en un lugar seguro de su casa, fuera del alcance de los niños y las mascotas. Lo mejor es desechar los medicamentos adecuadamente para evitar que se usen de manera accidental o no autorizada.

Animamos a todas las personas a que, de ser posible, lleven los medicamentos que no se usan a algún lugar de recolección cercano. Haga clic en el enlace abajo para encontrar un lugar de recolección cercano a usted o consulte en su ciudad, condado o municipio acerca de otras oportunidades de recolección.

Ubicación del contenedor para desecho seguro de medicamentos en Nueva York

También hay contenedores de MedSafe para desecho seguro ubicados convenientemente en las recepciones de los centros Northwell Health, incluyendo los hospitales South Shore, South Oaks y North Westchester y el centro médico Peconic Bay. Para buscar otras ubicaciones, visite el sitio web de **Departamento de salud de Nueva York - Contenedores de desechos**.

Para medicamentos que contienen opiáceos (como oxicodona) y otras sustancias controladas, VIVOHealth Pharmacy le proporcionará de forma gratuita el sistema de desactivación de fármacos Deterra si lo pide. Deterra desactivará el medicamento de manera efectiva, segura y rápida al agregar agua según las instrucciones del envase. El envase completo se puede tirar a la basura de manera segura.

Como último recurso, y ante la ausencia de instrucciones de desecho específicas en el envase del medicamento, siga las instrucciones que se indican abajo para desechar medicamentos en la basura:

1. Quite el medicamento del envase original y mézclelo con algo desagradable como granos de café usados, basura o desechos de gato. Esto hace que el medicamento tenga un aspecto menos atractivo para los niños y las mascotas y lo hará irreconocible para las personas que busquen intencionalmente sustancias en la basura.
2. Tache toda la información de identificación de la etiqueta para que no se pueda leer. Esto ayudará a proteger su identidad y la privacidad de su información de salud personal.
3. Esconda todos los medicamentos en un recipiente externo, como una bolsa con cierre, una caja o un tubo de plástico, para evitar que los encuentren y los saquen de la basura. Selle el recipiente con una cinta resistente.
4. Si es posible, deseche los medicamentos cerca del día de recolección de basura para evitar que se usen de manera indebida o se extravíen.
5. No les dé sus medicamentos a sus amigos. Los médicos prescriben los medicamentos según sus síntomas específicos y su historia clínica. Algo que funciona para usted puede ser peligroso para otra persona.
6. Si tiene dudas sobre cómo desechar medicamentos adecuadamente, consulte con su farmacéutico.

Seguridad del paciente

Lavado de manos

Cómo funciona

Lavarse las manos es fácil y es una de las maneras más efectivas de prevenir la propagación de gérmenes.

Siga estos cinco pasos cada vez:

1. **Mójese** las manos con agua corriente limpia, tibia o fría, cierre el grifo y aplique jabón.
2. **Enjabónese** las manos frotándolas entre sí con el jabón. Enjabone el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.
3. **Frótese** las manos durante al menos 20 segundos. ¿Necesita medir el tiempo? Tararee la canción de “Feliz cumpleaños” de principio a fin dos veces.
4. **Enjuáguese** bien las manos con agua corriente limpia.
5. **Séquese** las manos con una toalla limpia o con un secador de aire.

Desinfectante de manos

- Use desinfectante de manos cuando no pueda usar agua y jabón.
- Lavarse las manos con agua y jabón es la mejor manera de eliminar los gérmenes en la mayoría de las situaciones. Si no hay agua y jabón disponibles de inmediato, puede usar un desinfectante de manos a base de alcohol que contenga al menos un 60% de alcohol. Puede saber si el desinfectante contiene al menos un 60% de alcohol revisando la etiqueta del producto.

Seguridad con agujas y otros objetos punzocortantes

- Coloque siempre las agujas usadas, jeringas, lancetas y otros objetos

punzocortantes inmediatamente en un recipiente aprobado para desechar agujas y objetos punzocortantes.

- No tire agujas ni otros objetos punzocortantes directamente en la basura ni en el reciclaje.
- No deseche agujas ni otros objetos punzocortantes en la taza del baño.
- Si no tiene disponible de inmediato un recipiente comercial para agujas y otros objetos punzocortantes, puede usar un recipiente resistente y a prueba de perforaciones, con una tapa ajustada y de rosca, por ejemplo, una botella de plástico resistente de detergente para ropa o de cloro/blanqueador.
- Nunca use envases de plástico transparente ni de vidrio para desechar agujas u otros objetos punzocortantes.
- Ningún contenedor para agujas y otros objetos punzocortantes, ya sea comercial o alternativo, debe llenarse a más de tres cuartos de su capacidad, 3/4, para evitar desbordamientos y pinchazos accidentales.

Seguridad para prevenir pinchazos con agujas

- Para prevenir pinchazos accidentales, nunca vuelva a tapar agujas usadas.
- Planifique la manipulación segura y el desecho inmediato de las agujas antes de cada uso.
- Después de usarlas, coloque de inmediato todas las agujas en un contenedor designado para desechar agujas y otros objetos punzocortantes.
- Informe sin demora a su médico cualquier pinchazo con aguja o lesión relacionada con agujas u otros objetos punzocortantes.

Seguridad general en el hogar

Caídas:

- Acomode los muebles para asegurar que haya pasillos despejados y sin obstáculos.
- Retire o reacomode artículos como mesas de centro y banquitos para apoyar los pies, ya que pueden causar tropiezos.
- Confirme que todos los muebles sean firmes y estables; evite muebles con ruedas que puedan moverse inesperadamente.
- Asegúrese de que las sillas, sofás y camas estén a una altura cómoda, de modo que sus pies puedan apoyarse completamente en el piso cuando esté sentado.
- Retire todos los tapetes sueltos, ya que pueden causar resbalones o tropiezos.
- Asegure todos los cables detrás de los muebles y bien pegados a la pared para evitar tropiezos.
- Evite caminar sobre superficies resbalosas, mojadas o irregulares.
- Instale luces nocturnas en pasillos y áreas de uso frecuente para mejorar la visibilidad en la oscuridad.
- Siempre encienda las luces antes de entrar a una habitación, ya que los ojos se adaptan más lentamente de la luz a la oscuridad.
- Instale barras de apoyo en las paredes de la ducha.
- Use tiras o una alfombra antideslizantes dentro de la tina o ducha.
- Asegúrese de que haya pasamanos instalados a ambos lados de las escaleras para brindar apoyo estable.
- Use calzado antideslizante; evite caminar descalzo.
- Elija pijamas o batas que no sean demasiado largas para evitar tropiezos.
- Si siente mareo, permanezca sentado y pida ayuda antes de intentar ponerse de pie.
- Use una pinza de alcance extendido para recoger objetos que se hayan caído, a fin de evitar agacharse y ayudarlo a mantener el equilibrio.
- No use lentes para leer mientras camina.
- Hágase exámenes de la vista con regularidad y mantenga sus lentes limpios para ver con claridad.
- Hágase revisar los oídos con regularidad, ya que una buena audición contribuye significativamente al equilibrio.
- Pregunte a su médico o farmacéutico si alguno de sus medicamentos afecta el equilibrio o la coordinación.
- Evite consumir bebidas alcohólicas mientras esté tomando medicamentos.
- Mantenga un teléfono fácilmente accesible cerca de su cama.
- Lleve consigo un teléfono inalámbrico o celular, por ejemplo, en un bolsillo o una cangurera, para evitar apresurarse cuando suene. Considere tener teléfonos en varias habitaciones.
- Considere mantener a las mascotas en áreas designadas durante la noche para evitar que causen tropiezos.

Intoxicación:

- Para prevenir intoxicaciones accidentales, guarde todos los materiales peligrosos, líquidos y medicamentos de manera segura y fuera del alcance de los niños..
- En caso de emergencia, comuníquese de inmediato con su centro local de control de intoxicaciones o llame al 1-800-222-1222.

Prevención de incendios y quemadura

I. Seguridad eléctrica

- Revise regularmente todos los cables eléctricos para detectar desgaste o grietas; reemplace de inmediato los cables dañados.
- Evite pasar cables por debajo de muebles o alfombras, ya que esto puede dañarlos y crear riesgos de tropiezo.
- Evite sobrecargar los cables de extensión, ya que esto puede representar un riesgo de incendio.
- Instale protectores en todos los tomacorrientes eléctricos que no se usen, especialmente en hogares con niños.
- Use siempre fusibles del tamaño correcto para su panel eléctrico.

II. Prevención de incendios y preparación para emergencias

- Instale detectores de humo en cada piso de su hogar, según lo recomiendan los departamentos de bomberos.

- Pruebe los detectores de humo cada mes y reemplace las baterías cada seis meses.
- Notifique al departamento de bomberos local si alguna persona en su hogar tiene una discapacidad que podría dificultar la evacuación.
- Desarrolle y practique un plan de evacuación con todos los miembros del hogar para salir de la vivienda de manera segura en caso de incendio u otra emergencia.
- Informe de inmediato a VIVOHealth Pharmacy todos los incidentes, accidentes, reacciones adversas a medicamentos y posibles riesgos de seguridad relacionados con su equipo médico para el hogar
- Guarde gasolina, pinturas, solventes y otros líquidos inflamables fuera de las áreas habitables. Manténgalos alejados de fuentes de calor como calentadores, calefactores, calentadores de agua, estufas y otros electrodomésticos de gas.
- Nunca deje la estufa sin supervisión mientras cocina.
- Mantenga los fósforos y encendedores fuera del alcance de los niños.

III. Seguridad con el agua y la temperatura

- o Siempre revise la temperatura del agua antes de entrar a la tina o ducha.
- o Asegúrese de que su calentador de agua esté configurado a no más de 120 °F (49 °C) para prevenir quemaduras por agua caliente.

En caso de emergencia:

Para incendios, policía o ambulancia: llame al 911.

Para emergencias relacionadas con equipo médico para el hogar: llame a VIVOHealth Pharmacy.

Preguntas frecuentes

¿Por qué elegir VIVOHealth Pharmacy?

VIVOHealth Pharmacy cuenta con el respaldo de Northwell Health, uno de los sistemas de salud más grandes del país. Esta amplia red de proveedores, centros de atención, y recursos nos permite ofrecerle una experiencia farmacéutica personalizada y de primer nivel.

Somos una farmacia de servicio integral, lo que significa que ofrecemos medicamentos especializados, otros tratamientos para enfermedades agudas y afecciones crónicas, así como equipo y suministros médicos. También ofrecemos servicios complementarios como educación para el paciente, entrega a domicilio, asesoramiento farmacológico, manejo de terapias con medicamentos y apoyo para acceder a programas de asistencia.

¿Mi seguro cubre los medicamentos?

Aceptamos la mayoría de los planes de seguro médico, incluidos los que ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre Medicare, consulte el formulario **Cobertura y Derechos de Medicamentos Recetados**.

¿Cuánto costarán mis medicamentos en VIVOHealth Pharmacy?

VIVOHealth Pharmacy facturará el costo de su medicamento directamente a su compañía de seguros, pero es posible que deba pagar un copago.

Entendemos que el costo de los medicamentos relacionados con enfermedades complejas puede ser abrumador. Por eso, estamos comprometidos a ayudarle a encontrar programas de asistencia, incluyendo tarjeta de copago, programas de fabricantes y fundaciones externas.

¿Cómo puedo acceder a VIVOHealth Pharmacy en caso de emergencia?

En VIVOHealth Pharmacy, queremos asegurarnos de que siempre tenga acceso a sus medicamentos cuando los necesite. En caso de una emergencia que ponga en riesgo su vida, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si tiene una necesidad urgente o preguntas sobre su medicamento, comuníquese con la sucursal de VIVOHealth Pharmacy que maneja sus recetas. Nuestros farmacéuticos altamente capacitados están disponibles para atender su llamada durante el horario laboral, y fuera de ese horario, siempre hay un profesional de salud disponible para responder sus preguntas a través de nuestro Centro Clínico de Atención Telefónica 24/7.

Visite **nuestra página de ubicaciones** para encontrar la información de contacto de su sucursal de VIVOHealth Pharmacy.

¿Cómo solicito el surtido de mi receta?

Solicitar un resurtido por teléfono:

Para solicitar un resurtido, **comuníquese con la farmacia de VIVOHealth Pharmacy** donde surtió originalmente su receta. Consulte con su equipo farmacéutico sobre opciones de entrega a domicilio y servicios de resurtido automático.

Solicitar un resurtido en línea:

Visite **northwell.edu/mynorthwell** o descargue la aplicación MyNorthwell en el Apple App Store o Google Play Store.

¿Es nuevo en VIVOHealth?

Pídale a su médico que envíe sus recetas directamente a VIVOHealth Pharmacy, o llámenos para transferirla. **Encuentre la sucursal que le resulte más conveniente.**

¿Qué recibiré junto con mi medicamento especializado?

Todos los pacientes que reciben medicamentos especializados obtienen un paquete de bienvenida. Este paquete le guía en el manejo de sus recetas e incluye información importante sobre nuestros servicios, como políticas, datos de contacto, formularios e instrucciones.

¿A qué estados pueden enviarse mis medicamentos?

Nuestras farmacias están ubicadas y autorizadas en el estado de Nueva York. Además, algunas sucursales de VIVOHealth cuentan con licencia para enviar medicamentos a los siguientes estados: Alabama, Alaska, Arizona, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Washington DC, West Virginia, Wisconsin, y Wyoming. Para obtener ayuda, comuníquese con nuestro equipo farmacéutico.

Normas para proveedores de DMEPOS de Medicare

Esta es una versión abreviada de las normas para proveedores de DMEPOS que debe cumplir para obtener y conservar sus privilegios de facturación. Estas normas, en su totalidad, se encuentran en 42 C.F.R. 424.57(c).

- Un proveedor de DMEPOS debe cumplir con todos los requisitos aplicables de licencias y reglamentación federales y estatales.
- Un proveedor de DMEPOS debe proporcionar información completa y precisa en la solicitud de proveedor de DMEPOS. Cualquier cambio en esta información debe notificarse al National Supplier Clearinghouse dentro de un plazo de 30 días.
- Un proveedor de DMEPOS debe contar con una persona autorizada, cuya firma sea vinculante, para firmar la solicitud de inscripción para obtener privilegios de facturación.
- Un proveedor de DMEPOS debe surtir los pedidos con su propio inventario o contratar con otras compañías para la compra de los artículos necesarios para surtir dichos pedidos. Un proveedor de DMEPOS no puede contratar con ninguna entidad que actualmente esté excluida del programa Medicare, de cualquier programa estatal de atención médica o de cualquier otro programa federal de adquisiciones o no adquisiciones.
- Un proveedor de DMEPOS debe informar a los beneficiarios que pueden alquilar o comprar equipo médico duradero de bajo costo o de uso común, así como informarles sobre la la opción de compra de equipo con un límite máximo de alquiler.
- Un proveedor de DMEPOS debe notificar a los beneficiarios sobre la cobertura de garantía y cumplir con todas las garantías conforme a la ley estatal aplicable. Además, debe reparar o reemplazar sin costo los artículos cubiertos por Medicare que estén bajo garantía.
- Un proveedor de DMEPOS debe mantener una instalación física en un lugar adecuado y debe tener un letrero visible con el horario de atención publicado. La ubicación debe ser accesible al público y contar con personal durante el horario de atención publicado. La ubicación debe tener al menos 200 pies cuadrados y contar con espacio para almacenar registros.
- Un proveedor de DMEPOS debe permitir que CMS o sus agentes realicen inspecciones en el lugar para determinar el cumplimiento del proveedor con estas normas.
- Un proveedor de DMEPOS debe mantener una línea telefónica principal del negocio registrada bajo el nombre de la empresa en un directorio local, o un número gratuito disponible a través del servicio de información telefónica. Se prohíbe el uso exclusivo de un localizador, contestadora automática, servicio de contestación o teléfono celular durante el horario de atención publicado.
- Un proveedor de DMEPOS debe contar con un seguro integral de responsabilidad civil por un monto mínimo de \$300,000 que cubra tanto el lugar de negocios del proveedor como a todos los clientes y empleados del proveedor. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, este seguro también debe cubrir la responsabilidad por productos y las operaciones completadas.

- Un proveedor de DMEPOS tiene prohibido realizar solicitudes directas a beneficiarios de Medicare. Para obtener detalles completos sobre esta prohibición, consulte 42 C.F.R. § 424.57(c)(11).
- Un proveedor de DMEPOS es responsable de la entrega de los artículos cubiertos por Medicare y debe instruir a los beneficiarios sobre su uso, así como mantener comprobantes de entrega y de la instrucción proporcionada al beneficiario.
- Un proveedor de DMEPOS debe responder las preguntas y atender las quejas de los beneficiarios, y mantener documentación de dichos contactos.
- Un proveedor de DMEPOS debe dar mantenimiento y reemplazar sin cargo, o reparar sin costo, ya sea directamente o mediante un contrato de servicio con otra compañía, cualquier artículo cubierto por Medicare que haya alquilado a los beneficiarios.
- Un proveedor de DMEPOS debe aceptar devoluciones de artículos de calidad inferior, es decir, de calidad menor a la calidad completa correspondiente a ese artículo en particular, o de artículos inadecuados, es decir, inapropiados para el beneficiario en el momento en que fueron ajustados y alquilados o vendidos.
- Un proveedor de DMEPOS debe informar estas normas a cada beneficiario al que le suministre un artículo cubierto por Medicare.
- Un proveedor de DMEPOS debe divulgar cualquier persona que tenga participación de propiedad, interés financiero o interés de control en el proveedor.
- Un proveedor de DMEPOS no debe transferir 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.
- Un proveedor de DMEPOS debe tener establecido un protocolo de resolución de quejas para atender las quejas de los beneficiarios relacionadas con estas normas. Debe mantenerse un registro de estas quejas en la instalación física.
- Los registros de quejas deben incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de reclamación del seguro de salud del beneficiario, un resumen de la queja y cualquier medida tomada para resolverla.
- Un proveedor de DMEPOS debe aceptar proporcionar a CMS cualquier información requerida por la ley y los reglamentos de Medicare.
- Todos los proveedores de DMEPOS deben estar acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS para recibir y conservar un número de facturación de proveedor. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos para los cuales el proveedor está acreditado, a fin de que el proveedor pueda recibir pago por esos productos y servicios específicos, excepto ciertos productos farmacéuticos exentos.
- Todos los proveedores de DMEPOS deben notificar a su organización de acreditación cuando se abra una nueva ubicación de DMEPOS.
- Todas las ubicaciones del proveedor, ya sean propias o subcontractadas, deben cumplir con las normas de calidad de DMEPOS y estar acreditadas por separado para poder facturar a Medicare.

- Todos los proveedores de DMEPOS deben divulgar, al momento de la inscripción, todos los productos y servicios, incluida la incorporación de nuevas líneas de productos para las cuales solicitan acreditación.
- Un proveedor de DMEPOS debe cumplir con los requisitos de fianza de garantía especificados en 42 C.F.R. § 424.57(d).
- Un proveedor de DMEPOS debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno con licencia estatal.
- Un proveedor de DMEPOS debe mantener documentación de órdenes y referidos de conformidad con las disposiciones establecidas en 42 C.F.R. § 424.516(f).
- Un proveedor de DMEPOS tiene prohibido compartir una ubicación de práctica profesional con otros proveedores y suministradores de Medicare.
- Un proveedor de DMEPOS debe permanecer abierto al público durante un mínimo de 30 horas por semana, excepto los médicos, según se definen en la sección 1848(j)(3) de la Ley, los terapeutas físicos u ocupacionales, o un proveedor de DMEPOS que trabaje con órtesis y prótesis hechas a la medida.

Servicios de DMEPOS de Medicare

Nuestras farmacias acreditadas para DMEPOS proporcionan equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), suministros y productos relacionados cuando son ordenados por su médico o profesional autorizado para recetar, y cuando están cubiertos por su seguro o plan pagador. Esto incluye lo siguiente:

- Monitores de glucosa en sangre y/o suministros relacionados (no por pedido por correo)
- Bastones y muletas
- Sillas/inodoros portátiles, urinarios y cuñas
- Zapatos e insertos para personas con diabetes (de venta estándar)
- Nutrientes enterales, es decir, para alimentación por sonda
- Equipo y/o suministros enterales, es decir, para alimentación por
- Productos de terapia de calor y frío
- Bombas de infusión de insulina
- Equipo y/o suministros para nebulizador
- Dispositivos ortopédicos de venta estándar
- Suministros para ostomía
- Apósitos quirúrgicos
- Suministros urológicos
- Andadores

Esto incluye artículos utilizados para el cuidado de la diabetes, apoyo para la movilidad, cuidado de heridas, nutrición administrada a través de una sonda de alimentación, tratamientos respiratorios y otros equipos y suministros médicamente necesarios. No todos los artículos enumerados anteriormente están disponibles en todas las ubicaciones de VIVOHealth Pharmacy. Consulte con su farmacia VIVOHealth para confirmar qué productos y servicios se ofrecen en esa ubicación..

Todos los artículos requieren una receta u orden válida de su médico o profesional autorizado para recetar, y deben cumplir con los requisitos de su seguro o pagador. Los pacientes recibirán instrucciones sobre el uso, cuidado y mantenimiento adecuados de cualquier equipo o suministro proporcionado.

Si no podemos proporcionar un artículo específico que usted necesita, trabajaremos con usted para coordinar su atención o remitirlo a otro proveedor que pueda ayudarle, de manera que sus necesidades sean atendidas sin interrupción.

Declaración de garantía*

Cada producto de DME que vendemos o alquilamos incluye una garantía del fabricante. VIVOHealth Pharmacy notificará a todos los clientes sobre la cobertura de la garantía y cumplirá con todas las garantías conforme a la ley aplicable. VIVOHealth Pharmacy reparará o reemplazará, sin cargo, el equipo que esté bajo garantía. Además, se proporcionará a los clientes un manual del propietario con información sobre la garantía, cuando esté disponible por parte del fabricante, para todo equipo médico para el hogar.

Equipo igual o similar *

Medicare considera que el equipo tiene una vida útil de 5 años. Medicare no pagará por equipo igual o similar dentro de ese período.

Cuando usted obtenga equipo de nosotros, le preguntaremos si ha tenido equipo igual o similar en los últimos 5 años.

Si lo ha tenido:

1. Le pediremos que firme un Aviso Anticipado al Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés).
2. Usted nos pagará el cargo total al momento de la entrega.
3. Presentaremos una reclamación a Medicare en su nombre.
4. Medicare le enviará directamente a usted cualquier reembolso, que corresponde al 80% del monto permitido por Medicare.

Si usted tiene Medicaid como seguro secundario, el proceso es diferente: primero facturaremos a Medicare y luego enviaremos cualquier saldo restante a Medicaid. En cualquiera de los casos, usted firmará un ABN aceptando la responsabilidad si la reclamación es denegada.

Artículos de alquiler con límite máximo *

Medicare pagará una tarifa mensual de alquiler por un período que no excederá los 13 meses, después del cual usted será propietario del equipo. Después de que la propiedad del equipo se transfiera al beneficiario de Medicare, será responsabilidad del beneficiario hacer los arreglos necesarios para cualquier servicio o reparación que requiera el equipo. Un ejemplo de este tipo de equipo incluye los nebulizadores.

Artículos económicos o comprados de manera rutinaria *

El equipo en esta categoría puede comprarse o alquilarse; sin embargo, el monto total pagado por los alquileres mensuales no puede exceder el monto de compra establecido en la lista de tarifas. Algunos ejemplos de este tipo de equipo incluyen: bastones, andadores, muletas, sillas/inodoros portátiles y monitores de glucosa en sangre para el hogar.

**Solo farmacias VIVOHealth acreditadas por NABP para DMEPOS.*

Notificación de las prácticas de privacidad de la HIPAA

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Revísela con atención.

¿Qué es la notificación de las prácticas de privacidad?

La notificación explica cómo cumplimos nuestro compromiso de respetar la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida. Esta notificación explica cómo podemos utilizar y compartir su información médica protegida, así como las obligaciones legales que tenemos respecto a esta y sus derechos conforme a las leyes federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (“HIPAA”). Esta notificación aplica a toda la información médica protegida conservada por las instalaciones y los programas de Northwell que se describen a continuación, independientemente de si la información médica protegida está escrita, computarizada o en cualquier otro formato. Estamos obligados por ley a asegurar que la información de identificación se mantenga en privado y poner esta notificación disponible para usted. En esta notificación, el término “información médica protegida” se refiere a su información de identificación personal, la cual puede incluir lo siguiente:

- Información acerca de su estado de salud (por ejemplo, afecciones médicas y resultados de pruebas que pudiera realizarse)
- Información acerca de los servicios de atención médica recibidos o que pudiera recibir en el futuro (por ejemplo, procedimientos quirúrgicos)

- Información acerca de sus beneficios de atención médica en un plan del seguro (por ejemplo, sobre la cobertura de una receta)
- Información geográfica (por ejemplo, el lugar en el que vive)
- Información demográfica (por ejemplo, su raza, sexo, grupo étnico o estado civil)
- Números únicos que podrían identificarlo (por ejemplo, su número de seguro social, número de teléfono o número de licencia de conducir)
- Identificadores biométricos (como huellas digitales)
- Fotografías de rostro completo

¿Quién cumple la notificación de las prácticas de privacidad de Northwell?

Esta notificación describe las prácticas de Northwell, Inc. y sus subsidiarias, filiales y entidades de prácticas relacionadas (aquí denominadas “Northwell,” “nosotros” o “nos”), incluidos nuestros hospitales, prácticas médicas relacionadas, centros ambulatorios, centros de atención de urgencia, centros quirúrgicos ambulatorios, laboratorios, farmacias, organizaciones de salud asequible participantes, instalaciones de enfermería especializada, instalaciones de rehabilitación y prestadores de atención domiciliaria.

Todas las entidades de Northwell y sus respectivos profesionales de atención médica, empleados, personal médico, pasantes, estudiantes, voluntarios y socios comerciales cumplirán las prácticas de privacidad que se describen en esta notificación.

Las ubicaciones e instalaciones de Northwell incluyen, entre otras, los siguientes hospitales y sus prestadores asociados:

- Cohen Children's Medical Center
- Danbury Hospital
- Glen Cove Hospital
- Huntington Hospital
- Lenox Hill Hospital
- Long Island Jewish Forest Hills
- Long Island Jewish Medical Center
- Long Island Jewish Valley Stream
- Manhattan Eye, Ear & Throat Hospital (MEETH)
- Mather Hospital
- New Milford Hospital
- North Shore University Hospital
- Northern Dutchess Hospital
- Northern Westchester Hospital
- Northwell Greenwich Village Hospital
- Norwalk Hospital
- Peconic Bay Medical Center
- Phelps Hospital
- Plainview Hospital
- Putnam Hospital Center
- Sharon Hospital
- South Oaks Hospital
- South Shore University Hospital
- Staten Island University Hospital
- Syosset Hospital
- Vassar Brothers Medical Center
- Zucker Hillside Hospital

Para ver una lista de subsidiarias, filiales, entidades de prácticas relacionadas y prestadores de Northwell adicionales, visite <https://www.northwell.edu/npp/entities>.

Es posible que nuestros prestadores compartan su información médica entre ellos como se describe en esta notificación por razones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica y para otros propósitos según lo permita o disponga la ley. Los prestadores que brindan atención en una instalación de Northwell pero que no son empleados de Northwell también pueden darle sus propias notificaciones de privacidad que describan las prácticas de su consultorio.

Northwell participa en un Acuerdo organizado de atención médica ("OHCA"), que es un acuerdo o relación que permite que dos o más prestadores de atención médica, instalaciones y otras entidades cubiertas por la HIPAA utilicen o divulguen la información de salud protegida para las actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica por parte del OHCA y otros fines permitidos o dispuestos por la ley. Hay más información disponible sobre el OHCA en nuestro sitio web

<https://www.northwell.edu/npp/entities>.

Tenga en cuenta que esta notificación no altera el estado corporativo ni legal independiente de ninguna de las entidades de Northwell ni las hace conjuntamente responsables de la negligencia, los errores ni las infracciones de ninguna otra entidad de Northwell.

Resumen

Le presentamos a continuación un resumen de las principales cláusulas de esta notificación.

Este resumen no es un listado completo de la forma en que usamos y divulgamos su información médica protegida. Si tiene alguna pregunta sobre la información incluida en este resumen, lea la notificación completa de las prácticas de privacidad o comuníquese con un miembro del personal de Northwell para obtener más información.

Northwell puede usar y divulgar su información médica protegida sin su consentimiento para lo siguiente:

- Proporcionarle un tratamiento médico y otros servicios.
- Realizar determinadas funciones necesarias para la operación de nuestras instalaciones y programas, así como estudios de mejoría de la calidad, educación médica y verificación de las calificaciones de los prestadores.
- Coordinar su atención, como hacerle recordar su cita e informarle sobre otras opciones de tratamiento disponibles a través de Northwell.
- Hablar con la familia o los amigos involucrados en su atención, salvo que usted indique lo contrario.
- Asegurarse de que cumplamos con las normas de las agencias reguladoras respecto a la calidad de la atención que brindamos.
- Cumplir con todos los requisitos legales, las citaciones y órdenes judiciales.
- Participar en ciertas actividades de investigación de aprobación previa.
- Solicitar su pago, el de su compañía de seguros o de cualquier otro tercero pagador.
- Incluir información en nuestro directorio del hospital, como nombre y número de habitación para beneficio de los visitantes o miembros del clero.
- Comunicarse con usted por actividades de recaudación de fondos, salvo que usted indique lo contrario.
- Resolver situaciones especiales descritas en esta notificación como salud y seguridad pública.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Consultar y obtener una copia de su historia clínica en el formato que elija, con ciertas restricciones.
- Solicitarnos la modificación de la información médica protegida que tenemos de usted, si considera que la información que tenemos es inexacta o está incompleta.
- Solicitarnos restringir o limitar su información médica protegida que usamos o compartimos.
- Solicitarnos que le comuniquemos los asuntos médicos de cierta manera o en un lugar específico.
- Obtener una lista de personas o entidades que han recibido su información médica protegida de Northwell, que está sujeta a los límites permitidos por la ley.
- Notificarle si se divulga su información médica protegida o se accede a ella de forma inapropiada.
- Obtener una copia impresa de esta notificación.
- Presentar una queja.

Cómo podemos utilizar y compartir su información médica protegida con terceros

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podemos usar o divulgar su información médica protegida. No se mencionarán todos los usos y divulgaciones; sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar su información se incluyen en, por lo menos, una de las siguientes categorías.

Para el tratamiento: Es posible que usemos o divulguemos información médica protegida de usted para proveer, coordinar o controlar su tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica protegida de usted a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes o cualquier personal de Northwell involucrado en su atención médica. Por ejemplo, es posible que el médico que lo atiende por una pierna quebrada necesite saber si usted tiene diabetes ya que esto puede demorar el proceso de curación. Además, es posible que el doctor necesite informar al servicio de alimentación del hospital si tiene diabetes, de manera que podamos disponer de una comida adecuada. Podemos compartir su información médica protegida con prestadores de servicios médicos, agencias o instalaciones que no son parte de Northwell para proporcionar o coordinar lo que necesite, como recetas, análisis de laboratorio y rayos X. También podemos divulgar su información médica protegida a personas ajenas a Northwell que puedan estar involucradas en su tratamiento médico continuo luego de que deje nuestra atención, como otros prestadores de atención médica, agencias de enfermería domiciliar y empresas de transporte.

Para el pago: Para recibir el pago de los servicios que le proporcionamos, probablemente usaremos y compartiremos su información médica protegida con su compañía de seguros o un tercero, como Medicare y Medicaid. Podemos además compartir su información médica protegida con otro médico, centro o prestador de servicio como, por ejemplo, una ambulancia de la empresa o del subcontratista dentro de nuestras instalaciones que lo haya tratado o le haya proporcionado servicios, para que puedan facturarle a usted, a la compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, para

que su compañía de seguros pague por los servicios relacionados con la salud a Northwell, debemos presentar una factura que lo identifique, así como su diagnóstico y el tratamiento que le hemos proporcionado. Además, es posible que informemos al encargado de su plan de salud sobre el tratamiento propuesto para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. Además, es posible que las compañías de seguro y otros terceros soliciten que le brindemos un identificador único para fines de verificación y pago.

Para las operaciones de atención médica:

Posiblemente usemos su información médica protegida para apoyar nuestras actividades comerciales y mejorar la calidad de la atención. Por ejemplo, podemos usar su información médica protegida para evaluar el tratamiento y los servicios que le hemos brindado para conocer la calidad de la atención proporcionada por nuestro personal. Podemos compartir su información con nuestros estudiantes, pasantes y personal para fines de evaluación y aprendizaje. Su información médica protegida también puede usarse o divulgarse para fines de acreditación, para manejar las quejas o juicios de los pacientes y para la contratación de atención médica relacionada a nuestras operaciones.

Recordatorios de citas: Es posible que usemos y compartamos su información médica protegida para hacerle recordar de su cita para tratamiento o atención médica. Por ejemplo, si su médico le indicó que se haga un examen, el encargado del lugar donde se realice la prueba lo llamará para recordarle la fecha programada.

Directorio del hospital: Si lo internan en el hospital, es posible que su nombre, ubicación de habitación, estado de salud general (como regular o estable) y afiliación religiosa estén incluidos en el directorio de pacientes del

hospital. El objetivo es que su familia, amigos y miembros del clero puedan visitarlo en el hospital y generalmente conozcan cómo le está yendo. A menos que usted se oponga, incluiremos esta información limitada sobre usted en el directorio mientras sea paciente. Se le comunicará la ubicación de su habitación y su estado de salud general a las personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa, puede entregarse a un miembro del clero, como un sacerdote, ministro o rabino, aun si no preguntan por usted por su nombre. Si se opone a que lo incluyan en el directorio del hospital, no divulgaremos su información a nadie que pregunte por usted, salvo que lo requiera la ley. Si no desea incluir su información en el directorio del hospital, debe informarlo al personal durante el registro o indicarles a los proveedores de cuidados luego de su internación en el hospital.

Socios comerciales: Podemos compartir su información médica protegida a un socio comercial que contratemos como apoyo, como una empresa informática, de facturación o de servicio de transcripción. Los socios comerciales nos asegurarán por escrito que salvaguardarán su información médica protegida como lo requiere la ley.

Opciones de tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos usar su información para comunicarle sobre opciones de tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud que proporciona Northwell y que puedan interesarle. Se puede incluir información sobre nuestro personal o sobre productos y servicios relacionados con la salud que ofrece Northwell y que puedan ser beneficiosos para usted. Sin embargo, no usaremos su información para participar en actividades de mercadeo (que no sean comunicaciones personales) sin su

autorización por escrito. Tampoco venderemos su información médica protegida a terceros sin su autorización por escrito. No obstante, podemos recibir pagos por la divulgación de su información médica protegida para ciertos fines limitados y permitidos por la ley.

Actividades para recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre actividades patrocinadas por Northwell, incluidos programas y eventos para la recaudación de fondos. Podemos usar su información médica protegida, como el departamento donde lo atendieron o el nombre del médico que lo atendió, para comunicarnos con usted para pedirle que haga una contribución caritativa para apoyar la investigación, enseñanza o la atención de los pacientes en Northwell relacionadas a su tratamiento específico. Si no desea que le comuniquemos sobre nuestras oportunidades y eventos para la recaudación de fondos, puede indicárnoslo llamando al (855) 621-2844 en cualquier momento y ya no nos comunicaremos con usted. Brinde su nombre y dirección para que podamos eliminar su nombre de todos los futuros eventos para la recaudación de fondos.

Personas que participan en su atención o en el pago de su atención:

A menos que usted se oponga, podemos brindar información médica a personas como familiares, parientes o amigos cercanos que apoyen a su atención o a paguen sus cuentas médicas. Además, podemos divulgar información a un representante del paciente. Si una persona tiene la autoridad conforme a la ley de tomar decisiones de atención médica por usted, trataremos al representante del paciente de la misma forma en que lo trataríamos a usted respecto a su información médica protegida. Los padres y tutores legales son generalmente los representantes de los

pacientes menores de edad, salvo que la ley permita que los menores de edad actúen por sí mismos y tomen sus propias decisiones médicas en ciertas circunstancias. Si no desea que la información médica protegida sobre usted se brinde a los que participan en su atención, infórmenoslo.

Ayuda en caso de catástrofes: Podemos divulgar su información médica protegida a una organización como American Red Cross, de manera que su familia esté informada de su afección, ubicación y estado de salud en caso de catástrofe. De ser razonablemente posible, mientras intentamos responder ante una emergencia, en primer lugar, trataremos de obtener su permiso para compartir esta información.

Investigación: Northwell realiza una investigación para lograr avances científicos tanto para prevenir enfermedades como para curar a los pacientes. Todos los proyectos de investigación realizados por Northwell deben aprobarse mediante un proceso de evaluación especial para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los pacientes. Su información médica protegida puede ser importante para los trabajos de investigación y se pueden utilizar para fines de investigación, de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Los investigadores pueden comunicarse con usted acerca de su interés en participar en ciertos estudios de investigación luego de recibir la autorización o la aprobación del contacto de una junta de revisión especial llamada IRB (Junta de Revisión Institucional). Un IRB es un comité especial que protege los derechos y el bienestar de las personas que participan en los estudios de investigación. La inscripción en la mayoría de estudios puede darse únicamente después de que se le haya informado sobre el estudio, de que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas

y se le haya indicado su disponibilidad para participar, firmando una autorización o un formulario de consentimiento que ha sido evaluado y aprobado por un IRB. En algunos casos, la ley federal nos permite utilizar su información médica protegida para una investigación sin su autorización, siempre y cuando obtengamos la aprobación de un IRB u otro comité especial de revisión. Estos estudios no afectarán su tratamiento ni bienestar, y su información médica privada seguirá siendo salvaguardada. Por ejemplo, un estudio de investigación puede incluir una revisión de historias clínicas para comparar los resultados de los pacientes que recibieron tipos de tratamiento diferentes. La ley federal también permite a los investigadores revisar su información médica protegida al realizar estudios de investigación futuros, siempre y cuando la información de identificación no salga de las instalaciones de Northwell. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se podría usar su información médica de registro en un protocolo de investigación, llame a la Oficina para Protecciones de Investigación Humana de Northwell al (516) 719-3101.

Según lo disponga la ley: Compartiremos su información médica protegida cuando las leyes federales, estatales o locales nos soliciten hacerlo. Esto incluye compartir su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para propósitos de cumplimiento y aplicación de la HIPAA.

Situaciones especiales

Procesos legales, juicios y otras acciones

legales: Podemos compartir su información médica protegida con los tribunales, abogados y personal de los tribunales cuando recibamos una orden judicial, una citación, un pedido de presentación de pruebas, una orden de registro, citatorios u otras instrucciones legales

de los tribunales u organismos públicos y en el curso de algunos otros procedimientos legales, judiciales o administrativos o en nuestra defensa en caso se nos haya interpuesto una demanda.

Aplicación de la ley: Si se nos solicita por cumplimiento de la ley y se nos autoriza o dispone por ley, podemos divulgar información médica protegida:

- Para identificar o ubicar un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida.
- Sobre una supuesta víctima de un crimen si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona.
- Sobre una supuesta muerte como resultado de una conducta criminal.
- Sobre conducta criminal en Northwell.

Para evitar una amenaza grave contra la salud o la seguridad: Podemos usar y divulgar su información médica protegida de ser necesario para evitar o reducir una amenaza grave contra su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. Cualquier divulgación sería para ayudar a detener o reducir la amenaza.

Riesgos de salud pública: Según lo disponga la ley, podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades de salud pública para fines relacionados con lo siguiente: la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades; la información de eventos importantes, como nacimientos y fallecimientos; la denuncia de abuso o abandono a menores; denuncia de violencia doméstica; información de reacciones a medicamentos o problemas con productos; la notificación a personas del retiro, reparo o reemplazo de productos que puedan estar usando; la notificación a una persona

que pueda estar expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad; y la información a su empleador de resultados en relación a enfermedades o lesiones laborales, a fin de monitorear su área de trabajo por seguridad.

Compensación para trabajadores: Podemos compartir su información médica protegida para la compensación para los trabajadores o programas similares que ofrezcan beneficios por enfermedades o lesiones laborales.

Funciones gubernamentales especializadas: Si es miembro de las fuerzas armadas (de los Estados Unidos o de un gobierno extranjero), podemos compartir su información médica protegida con autoridades militares, de manera que puedan realizar sus funciones conforme a la ley. También podemos divulgar su información médica protegida si está relacionada con las actividades de inteligencia o de seguridad nacional o para proporcionar servicios de protección para el presidente o para otros funcionarios importantes como jefes de estado extranjeros.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades de gobierno locales, estatales o federales que sean responsables de la supervisión de los asuntos médicos autorizados legalmente. Se incluye la autorización, auditoría y acreditación de agencias y organismos que administran los programas de salud pública como Medicare y Medicaid.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias: Podemos compartir su información médica protegida a un juez de instrucción que investigue las causas de muertes sospechosas o a un médico forense según sea necesario para identificar una persona fallecida o para determinar la causa de fallecimiento. También podemos divulgar la

información médica protegida a los directores de funerarias para realizar su trabajo.

Donación de órganos, ojos y tejidos: Si es donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a las organizaciones que obtienen órganos o manejo de trasplante de órganos, ojos o tejidos. También podemos revelar su información a un banco de donación de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos.

Presos: Si es preso de una institución correccional o se encuentra en custodia de un funcionario responsable del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o al oficial de la ley según lo autorizado o dispuesto por la ley. Esto incluye compartir información que sea necesaria para proteger la salud y seguridad de otros reclusos o personas involucradas en la vigilancia o el traslado de reclusos.

Divulgaciones accidentales: Si bien tomaremos las medidas razonables para proteger la privacidad de su información médica protegida, es posible que se divulgue dicha información durante nuestros usos o divulgaciones de su información de otra forma permitida, o como resultado de estas. Por ejemplo, durante una sesión de tratamiento, es posible que otros pacientes en el área de tratamiento vean o accidentalmente oigan una conversación sobre su información. Estas “divulgaciones accidentales” son aceptables.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización o consentimiento por escrito

Leyes más estrictas: Es posible que para algunos tipos de información médica se

apliquen requisitos de privacidad más estrictos. Por ejemplo, Nueva York prohíbe la divulgación de la información relacionada al VIH y los registros de los centros de salud mental certificados para ciertos propósitos que están permitidos por HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos). Además, obtendremos su autorización o consentimiento para la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, antecedentes de trastornos de uso de sustancias (“SUD”) y algunos otros tipos de información confidencial según lo disponga la ley aplicable. Cumpliremos con estas leyes más estrictas cuando corresponda y no divulgaremos su información médica protegida para cualquier propósito que esté prohibido por estas leyes sin su consentimiento. Además, según lo disponga la ley aplicable, no utilizaremos ni divulgaremos ningún antecedente de SUD recibido de los programas de tratamiento de SUD con ayuda federal (“programas para SUD”) ni testimonio que comunique el contenido de estos antecedentes en procedimientos civiles, penales, administrativos ni legislativos contra el paciente a menos que se base en el consentimiento por escrito o en una orden judicial después de un aviso y que se le dé al paciente o a quien tenga el antecedente una oportunidad de que se lo escuche. Además, no utilizaremos ni divulgaremos los antecedentes recibidos de los programas para SUD para recaudar fondos sin antes darle una oportunidad clara y evidente de elegir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

Usos y divulgaciones no cubiertos en esta notificación: Otros usos y divulgaciones sobre su información médica protegida no descritos anteriormente en esta notificación o permitidos por la ley únicamente se harán con una autorización o un consentimiento por escrito. Si nos da autorización o

consentimiento para usar o compartir información médica protegida sobre usted, puede revocar la autorización o el consentimiento por escrito en cualquier momento. Asimismo, le pedimos que comprenda que no podemos retirar ninguna divulgación hecha con su autorización o consentimiento.

Sus derechos sobre su información médica protegida

Derecho a solicitar ver y recibir una copia:

Usted tiene derecho a solicitar ver y obtener una copia de la información médica protegida que usamos para tomar decisiones sobre su atención. Esta comprende registros médicos (incluidos los resultados de pruebas de laboratorio) y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Si Northwell mantiene el registro de forma electrónica, tiene el derecho a recibir una copia electrónica del registro. Su solicitud debe ser por escrito y debe entregarse a la Unidad de Correspondencia de Administración de Información de Salud. Si solicita los resultados de pruebas de laboratorio directamente a su laboratorio, debe realizar su solicitud por escrito y entregársela al laboratorio. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos de copias, envíos por correo u otros gastos asociados al cumplimiento de su solicitud. Podemos negar el acceso en caso de ciertas circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud, podemos proporcionarle un resumen por escrito de su registro o de partes limitadas de su registro. Si rechazamos su solicitud, en parte o en su totalidad, puede solicitar que se evalúe la negativa. Una descripción del proceso para la evaluación de la negativa, así como la información sobre cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados

Unidos se incluirá en la correspondencia indicándole nuestra decisión de rechazar su solicitud.

Derecho a solicitar una enmienda o

adenda: Si considera que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la enmendemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que la información se mantenga en los registros de Northwell. Se requiere que presente esta solicitud por escrito al completar un formulario de solicitud de enmienda de la información de salud protegida. Podemos rechazar su solicitud si está por escrito o no incluye una razón para sustentarla. Además, podemos rechazar su solicitud si nos solicita modificar la información que:

- No hayamos elaborado, salvo que la persona o la entidad que elaboró la información ya no esté disponible para realizar la enmienda.
- No forme parte de la información médica protegida que se mantenga en los registros de Northwell.
- No forme parte de la información que se le permitió ver y copiar.
- Determinemos que sea exacta y completa.

Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito de la razón por la que no realizamos la enmienda. Tendrá la oportunidad de recibir cierta información relacionada con su solicitud incluida en su historia clínica, como su desacuerdo con nuestra decisión. Además, le proporcionaremos información acerca de cómo presentar una queja ante Northwell o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Derecho a solicitar un informe de las divulgaciones: Tiene derecho a solicitarnos una lista de las personas o entidades que han recibido su información médica protegida de Northwell en seis años previos a su solicitud. Este listado no cubrirá las divulgaciones realizadas:

- A usted o a su representante personal.
- Para proporcionar o disponer su atención.
- Para realizar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- Incidente a un uso o una divulgación permitidos.
- A las partes que autorice recibir su información médica protegida.
- A aquellos que soliciten su información mediante el directorio del hospital.
- A sus familiares, parientes o amigos involucrados en su atención.
- Para servicios de la seguridad nacional o de inteligencia.
- Para instituciones correccionales o funcionarios responsables del cumplimiento de la ley.
- Como parte de un conjunto de datos limitados para fines de investigación.

Debe presentar su solicitud por escrito a la Office of Corporate Compliance (Oficina de Cumplimiento Corporativo) en 1111 Marcus Avenue, Suite 107, New Hyde Park, NY 11042. Su solicitud debe indicar el período para las divulgaciones solicitadas. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Podemos cobrarle por responder cualquier solicitud adicional en ese mismo periodo.

Derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitarnos restringir o limitar la

información médica protegida que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. En la mayoría de casos, debemos considerar su solicitud, pero no estamos obligados a aceptarla. Sin embargo, debemos aceptar o limitar las divulgaciones realizadas a su compañía de seguros médicos o cualquier tercero pagador sobre los servicios que le proveemos si, antes de recibir los servicios médicos, usted paga por los servicios en su totalidad, salvo que la divulgación de esa información lo disponga la ley. Si Northwell le provee a usted servicios médicos múltiples de manera simultánea, tendrá que pagar por todos los servicios para limitar la divulgación de cualquiera de ellos a su seguro médico. Si requiere una atención postoperatoria relacionada con el servicio no divulgado y decide no pagar por la atención postoperatoria en el mismo momento en que se le proporciona, sería necesario que informe a su compañía de seguros médicos sobre el servicio anteriormente no divulgado. Solo se realizará en la medida que sea necesaria para recibir el pago por el tratamiento médico posterior. Para restringir la información provista a su compañía de seguros médicos o a otro tercero pagador, debe notificar a un miembro del personal de Northwell al momento del registro y llenar un formulario indicando esta preferencia. Además, tiene derecho a solicitar un límite en la información médica protegida que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su cuidado como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no divulguemos información a un familiar sobre una cirugía que se haya realizado. Su solicitud para cualquier restricción debe presentarla por escrito a la Office of Corporate Compliance en 1111 Marcus Avenue, Suite 107, New Hyde Park, NY 11042.

Derecho a solicitar comunicaciones

confidenciales: Tiene derecho a solicitar que le comuniquemos los asuntos médicos de cierta manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos únicamente en su trabajo o por correo. Si desea que nos comuniquemos con usted en una forma especial, necesitará que nos dé detalles sobre cómo contactarnos con usted, incluyendo una dirección alternativa válida. También necesitará que nos brinde información sobre dónde se pueden enviar sus cuentas. Su solicitud debe hacerse por escrito llenando un formulario de Northwell que requiera comunicaciones confidenciales. Como se señala en el formulario, esta solicitud debe enviarse a la Office of Corporate Compliance en 1111 Marcus Avenue, Suite 107, New Hyde Park, NY 11042. No necesita ofrecer una razón para su solicitud. Cumpliremos con todos los requisitos razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted por los medios o lugares solicitados, podemos contactarlo con la información que tenemos.

Derecho a recibir notificación de

incumplimiento: Tiene derecho a ser notificado en caso de incumplimiento de la privacidad de su información médica protegida no asegurada por Northwell o sus socios comerciales. Será notificado en cuanto sea razonablemente posible, pero en ningún caso luego de transcurridos 60 días del descubrimiento del incumplimiento. La notificación le proporcionará la fecha en que descubrimos el incumplimiento, una breve descripción del tipo de información involucrada y las medidas que adoptamos para investigar y mitigar la situación, así como la información de contacto para que haga preguntas y obtenga información adicional.

Derecho a recibir una copia impresa de esta notificación: Luego de la solicitud, puede recibir una copia impresa de esta

notificación en cualquier momento, incluso si aceptó previamente a recibir esta notificación vía electrónica. Para solicitar una copia, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento Corporativo al (800) 894-3226 o pídale una al secretario o recepcionista durante su próxima visita.

Disponibilidad de servicios de asistencia

lingüística: Northwell presta servicios lingüísticos gratuitos, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas, a las personas cuya lengua materna no es el inglés. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro para Mejorar la Salud de Todos al (516) 881-7004. Para obtener más información, visite <https://www.northwell.edu/privacy-policies-disclaimers/notice-non-discrimination-and-accessibility>

Cómo presentar una queja de privacidad:

Si cree que se infringieron sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nosotros por teléfono, presentar una queja por escrito a través de nuestros informes basados en la web o presentarnos una queja por escrito a la siguiente dirección:

Corporate Compliance Privacy Officer
1111 Marcus Avenue, Suite 107, New Hyde Park, NY 11042

Línea de ayuda de cumplimiento:
(800) 894-3226

Informes basados en la web:

www.northwell.edu/ComplianceHelpLine

No se tomará ningún tipo de represalias contra usted ni se le negarán servicios de salud por presentar una queja:

Si no está satisfecho con nuestra respuesta a su queja de privacidad o desea presentar una queja, puede también presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La queja debe ser por escrito. Debe describir el asunto de la queja y las personas

o la organización que cree que violó su privacidad y debe presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que se tomó conocimiento o debería haber tomado conocimiento de que se produjo la violación. La queja se debe enviar a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and
Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: (800) 368-1019 | Fax: (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Correo electrónico: OCRPrivacy@hhs.gov

Futuros cambios a las prácticas de privacidad y a esta notificación de Northwell

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación y las prácticas de privacidad de las organizaciones cubiertas por esta notificación sin primero notificárselo. Nos reservamos el derecho de hacer las revisiones o los cambios a la notificación efectiva de la información médica protegida que ya tenemos de usted, así como cualquier información que recibimos en el futuro. Para solicitar una copia de la notificación más reciente, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento Corporativo de Northwell al (800) 894-3226 o pídale una al secretario o recepcionista durante su próxima visita. La notificación actual se publicará también en el sitio web de Northwell, Northwell.edu. En cualquier momento puede solicitar una copia de la notificación actualmente en vigencia.

En vigencia a partir del: 9/01/2016

Última actualización: 2/16/2026

Nombre del afiliado: _____ (opcional)

Fármaco y número de receta: _____ (opcional)

Cobertura de medicamentos de Medicare y sus derechos

Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura a su plan de medicamentos de Medicare para que le proporcionen o paguen un medicamento que usted cree que debe cubrirse, proporcionarse o continuarse. También tiene derecho a solicitar un tipo especial de determinación de cobertura llamada **“excepción”** si usted:

- Necesita un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos de su plan.
- Considera que una norma de cobertura (como una autorización previa o un límite de cantidad) no debería aplicarse en su caso por razones médicas.
- Necesita tomar un medicamento no preferido y desea que el plan cubra el medicamento al precio de uno preferido.

Cómo solicitar una determinación de cobertura

Para solicitar una determinación de cobertura, usted o su médico pueden llamar al número de teléfono gratuito de su plan de medicamentos de Medicare que se indica en el reverso de su tarjeta de miembro del plan, o ir a la página web de su plan. Puede solicitar una decisión acelerada (en 24 horas) si su salud puede verse gravemente perjudicada por la espera de hasta 72 horas.

Esté preparado para informar a su plan de medicamentos de Medicare:

- El nombre del medicamento recetado, incluida la dosis y la potencia (si se conocen)
- El nombre de la farmacia en la que intentó surtir la receta
- La fecha en que intentó surtir la receta
- Si solicita una excepción, el médico deberá explicar por qué necesita un medicamento fuera del formulario o no preferido, o por qué no se le debe aplicar una norma de cobertura.

Su plan de medicamentos de Medicare le enviará una decisión por escrito. Si no se aprueba la cobertura y usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar. El aviso del plan le explicará por qué le denegaron la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Obtenga ayuda y más información

Consulte los materiales de su plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre cómo solicitar una determinación de cobertura. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda para comunicarse con su plan, llame al 1-800-MEDICARE.

Para obtener este formulario en un formato accesible (como letra grande, Braille o audio) comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Se trata de una encuesta nacional que se realizará entre consumidores que actualmente tienen seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos o que no tienen seguro, y entre personas que actualmente tienen Medicare. La encuesta está diseñada para examinar la confianza en la toma de decisiones de atención médica, la confianza en la capacidad de comprender conceptos clave de los seguros médicos, el conocimiento de los seguros médicos y la toma de decisiones sobre los seguros médicos específicamente en relación con el Mercado de Seguros Médicos y Medicare. Las respuestas de las secciones de confianza y conocimiento de los seguros médicos se utilizarán para darnos una idea de cómo la educación sobre los seguros médicos afecta las decisiones sobre estos. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0975. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información voluntaria y no confidencial es de aproximadamente 1 minuto en promedio por encuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Apéndice

Estamos aquí para que su experiencia sea lo más sencilla posible. Por favor, utilice la siguiente guía para identificar y completar los formularios que correspondan a su situación.

Todos los pacientes de VIVOHealth Pharmacy deben completar:

- Acuse de Recibo ([Página 44](#))

Si usted también es un paciente de Equipo Médico Duradero (DME) de Medicare, por favor complete estos formularios adicionales:

- Acuerdo de Servicio al Cliente de Medicare, Autorización para el Pago y Divulgación de Información ([Página 38](#))
- Artículos de Medicare de alquiler con límite máximo y artículos económicos o comprados de manera ([Página 39](#))
- Aviso Anticipado de No Cobertura al Beneficiario (ABN) ([Página 40](#))

Formularios opcionales (para cualquier paciente de VIVOHealth Pharmacy):

- Formulario de Quejas de VIVOHealth Pharmacy ([Página 41](#))
- Encuesta de Satisfacción del Cliente de VIVOHealth Pharmacy ([Página 42](#))

Acuerdo de servicio al cliente de Medicare, autorización de pago y divulgación de información

☐ **VIVOHealth Pharmacy at CFAM**

450 Lakeville Road
Lake Success, NY 11042

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Manhasset**

300 Community Drive
Manhasset, NY 11030

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Staten Island**

475 Seaview Avenue
Staten Island, NY 10305

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Home**

225 Community Drive Suite 140
Great Neck, NY 11021

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Lenox Hill**

100 East 77th Street
New York, NY 10075

☐ **VIVOHealth Pharmacy at South Shore**

301 East Main Street
Bayshore, NY 11706

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Phelps**

777 North Broadway, Room 101
Sleepy Hollow, NY 10591

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Rego Park**

95-25 Queens Blvd Suite, GFL03
Rego Park, NY 11374

☐ **VIVOHealth Specialty Pharmacy**

225 Community Drive, Suite 100
Great Neck, NY 11021

☐ **VIVOHealth Pharmacy at LIJ**

270-05 76th Avenue
New Hyde Park, NY 11040

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Zucker Hillside Hospital**

75-59 263rd Street
Glen Oaks, NY 11004

☐ **VIVOHealth Pharmacy Now**

40 Melville Park Road, Unit 1
Melville, NY 11747

Nombre del cliente: _____

Compañía de seguro principal: _____ **Núm. de identificación:** _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare/Medicaid u otro seguro privado se realice en mi nombre por los productos/servicios proporcionados por dicho proveedor. Autorizo al titular de mi información y registros médicos a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes, pagadores terceros o personas involucradas en el curso normal de asegurar el cumplimiento de las normas aplicables de calidad de atención, licencias o acreditación, y a otras personas solo según lo autorice la ley, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Entiendo que soy plenamente responsable de cualquier gasto incurrido según lo recetado por mi médico que no esté cubierto por el seguro.

En caso de que Medicare sea el único tipo de seguro que pague por estos productos(s), entiendo que soy responsable del copago del 20%, ADEMÁS de otras responsabilidades financieras que pueden incluir: deducibles anuales, si no se han cumplido; precio de alquiler/compra de equipo y/o suministros, si no están cubiertos por el seguro actual. Si recibo pago directamente de una compañía de seguro por productos proporcionados por VIVOHealth Pharmacy, es mi responsabilidad enviar dichos pagos y los estados de cuenta de servicios pagados a VIVOHealth Pharmacy.

Puedo solicitar un estado de cuenta detallado en cualquier momento comunicándome con VIVOHealth Pharmacy. Confirmando que he recibido instrucciones adecuadas sobre la operación segura, limpieza y mantenimiento del equipo proporcionado, así como una copia de la información de garantía del fabricante de los artículos comprados, si corresponde.

Además, confirmo que he recibido información que incluye la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente, las Normas para proveedores de Medicare, si corresponde, la información de contacto de la compañía, la Encuesta de satisfacción del cliente, el Aviso de privacidad de HIPAA, la información sobre alquiler con límite máximo, para alquileres de Medicare, el proceso de quejas de la compañía, información sobre seguridad en el hogar y del equipo, instrucciones de limpieza del equipo, si corresponde, prevención de infecciones, números de teléfono de contacto para emergencias, y el alcance de los servicios proporcionados y las tarifas asociadas. Entiendo mi opción de comprar o alquilar los artículos de DME aplicables.

Firma del cliente: _____ **Date** _____

Relación con el cliente, si no es el cliente: _____ **Date** _____

Artículos de Medicare de alquiler con límite máximo y artículos económicos o comprados de manera

Recibí instrucciones y entiendo que Medicare define _____ que recibí como un artículo de alquiler con límite máximo o como un artículo económico o comprado de manera rutinaria.

____ PARA ARTÍCULOS DE ALQUILER CON LÍMITE MÁXIMO:

- Medicare pagará una tarifa mensual de alquiler por un período que no excederá los 13 meses, después del cual la propiedad del equipo se transfiere al beneficiario de Medicare.
- Después de que la propiedad del equipo se transfiera al beneficiario de Medicare, será responsabilidad del beneficiario hacer los arreglos necesarios para cualquier servicio o reparación que requiera el equipo.
- Algunos ejemplos de este tipo de equipo incluyen:
- Camas de hospital, sillas de ruedas, almohadillas de presión alternante, camas fluidizadas por aire, nebulizadores, bombas de succión, dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), grúas para pacientes y barras trapecio.

____ PARA ARTÍCULOS ECONÓMICOS O COMPRADOS DE MANERA RUTINARIA:

- El equipo en esta categoría puede comprarse o alquilarse; sin embargo, el monto total pagado por los alquileres mensuales no puede exceder el monto de compra establecido en la lista de tarifas.
- Algunos ejemplos de este tipo de equipo incluyen:
Bastones, andadores, muletas, sillas/inodoros portátiles, almohadillas de baja presión y de ecualización para posicionamiento, monitores de glucosa en sangre para el hogar, mecanismos elevadores de asiento, compresores neumáticos (bombas para linfedema), barandas laterales para cama y equipo de tracción.

Selecciono la opción de:

Comprar _____ Alquiler _____

Firma del beneficiario

Fecha

Nombre de paciente:	Nombre del notificador
Número de identificación: (opcional)	Dirección del notificador
	Teléfono del notificador (incluido TTY)

Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN)

Medicare no paga por todo, incluso algunos cuidados que usted o su proveedor médico creen que usted necesita. Prevemos que Medicare posiblemente no pague por el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado a continuación. Si Medicare no paga, usted podría tener que pagar.

Artículo, prueba, servicio o cuidado	Razón por la cual Medicare posiblemente no pague	Costo estimado

Lo que debe hacer ahora

- Lea este aviso para tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Haga todas las preguntas que tenga.
- Elija una de las opciones siguientes para hacernos saber si usted aún desea recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado.

Elija UNA de las siguientes opciones. No podemos elegir por usted.

Si elije Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a usar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

- ☐ **Opción 1. Deseo recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado arriba, y quiero que se facture a Medicare ara obtener una decisión oficial sobre el pago, la cual recibiré en un Resumen de Medicare (MSN).** Ustedes pueden pedir que se les pague ahora. Entiendo que, si Medicare no pagara, yo soy responsable de pagar, pero puedo seguir las indicaciones en el MSN para apelar a Medicare. Si Medicare paga, ustedes reembolsarán todos los pagos que o les hiciera, restando los copagos o deducibles.
- ☐ **Opción 2. Deseo recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado más arriba, pero no facturen a Medicare.** Ustedes pueden pedir que se les pague ahora y soy responsable de pagar. Entiendo que no puedo apelar, ya que no se factura a Medicare.
- ☐ **Opción 3. No deseo recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado más arriba.** Entiendo que no soy responsable de ningún pago y no puedo apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

Información adicional:

Este aviso contiene nuestra opinión, y no es una decisión oficial de Medicare. Para otras preguntas sobre este aviso o facturas de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Su firma a continuación significa que usted ha recibido y entiende este aviso. Puede pedir una copia. Tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, tal como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que se la ha discriminado. Visite [es.Medicare.gov/aboutus/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/aboutus/accessibility-nondiscrimination-notice).

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
--------------	---------------------------

Declaración de divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA) de 1995, no se exige a ninguna persona responder a una recopilación de información que no muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. Esta recopilación de información es para proveedores, suministradores, Hospicios e Institutos Religiosos de Cuidados de la Salud No Médicos y Agencias de Cuidados de la Salud en el Hogar para notificar a los beneficiarios de Medicare original de su posible responsabilidad económica en condiciones específicas. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es en promedio menor de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar indicaciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, para revisar y completar la recopilación de información. Esta recopilación de información es obligatoria de acuerdo con la Sección 1879 de la Ley del Seguro Social, 42 CFR 411.404(b) y (c) y 411.408(d)(2) y (f). Si tiene comentarios sobre la exactitud del estimado(s) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Formulario de quejas de VIVOHealth Pharmacy

Información del cliente	
Nombre del cliente:	Fecha:
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:
¿Cómo prefiere que lo contactemos?: ☐ Phone ☐ Email	Mejor momento para contactarlo: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche
Queja:	

Uso exclusivo de VIVOHealth Pharmacy	
Miembro del equipo Vivo que recibe la queja:	Fecha:
Acciones resolutiveas – Se requiere una respuesta en tres días hábiles	
Nombre del gerente:	Fecha de la llamada o respuesta escrita:
Preguntas o problemas reportados por el cliente:	
Se resolvieron los problemas o las preguntas mencionadas anteriormente: ☐ Si ☐ No ☐ Otro::	
Si se resolvieron, explique cómo:	
Si no se resolvieron, explique los pasos a seguir:	
Firma de la persona que diligencia el formulario:	Fecha:
Queja remitida al director/administración: ☐ Si ☐ No	Fecha:
Uso exclusivo del director/administrador	
Nombre del director/administrador:	Fecha:
Tipo de contacto con el cliente y fecha: ☐ Escrito ☐ Telefónico ☐ En persona	
Cómo se resolvió la queja:	
Firma del director/administrador:	Fecha:

Por favor enviar por correo electrónico a nuestro farmacéutico de VIVOHealth a: advocacy@vivohealthpharmacy.com

Encuesta de satisfacción del cliente de VIVOHealth Pharmacy

Cuéntenos cómo ha sido nuestro desempeño. ¿Está satisfecho con su experiencia en VIVOHealth?
¿Quiere sugerir alguna mejora? En ambos casos, nos gustaría saber de usted.

Su opinión es muy importante para nosotros, al igual que su privacidad. Todas las respuestas a esta encuesta son anónimas y confidenciales.

¡Gracias por su tiempo y por ser cliente de VIVOHealth Pharmacy!

Fecha: _____

1. ¿Qué tan informado estaba el personal?

1 2 3 4 5

nada informado

extremadamente informado

2. ¿Se le entregaron correctamente sus medicamentos, equipos o artículos médicos? Sí No

3. ¿Estuvieron listos a la hora solicitada? Sí No

4. ¿Le preguntaron si le gustaría hablar con un farmacéutico? Sí No

5. ¿El personal fue cortés y servicial? Sí No

6. Por favor, comparta con nosotros cualquier comentario o pregunta adicional.

7. Califique su satisfacción general

1 2 3 4 5

Muy insatisfecho

Muy satisfecho

8. Si desea que lo contactemos con respecto a sus comentarios, por favor escriba su información de contacto:

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

9. ¿Cuál es su ubicación de VIVOHealth Pharmacy?

☐ **VIVOHealth Pharmacy at CFAM**

450 Lakeville Road
Lake Success, NY 11042

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Home
(Mail Order)**

225 Community Drive
Suite 140
Great Neck, NY 11021

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Lenox Hill**

100 East 77th Street
New York, NY 10075

☐ **VIVOHealth Pharmacy at LIJ**

270-05 76th Avenue
New Hyde Park, NY 11040

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Manhasset**

300 Community Drive
Manhasset, NY 11030

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Phelps**

777 North Broadway
Room 101
Sleepy Hollow, NY 10591

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Rego Park**

95-25 Queens Blvd
Suite GFL03
Rego Park, NY 11374

☐ **VIVOHealth Pharmacy at
South Shore**

301 East Main Street
Bayshore, NY 11706

☐ **VIVOHealth Pharmacy
at Staten Island**

475 Seaview Avenue
Staten Island, NY 10305

☐ **VIVOHealth Pharmacy
at Zucker Hillside Hospital**

75-59 263rd Street
Glen Oaks, NY 11004

☐ **VIVOHealth Specialty
Pharmacy**

225 Community Drive
Suite 100
Great Neck, NY 11021

☐ **VIVOHealth Pharmacy Now**

40 Melville Park Road, Unit One
Melville, NY 11747

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Sus respuestas ayudan a VIVOHealth Pharmacy a mejorar continuamente.

Devuelva este formulario y cualquier pregunta, inquietud o comentario adicional a nuestro representante de defensa del consumidor en **advocacy@vivohealthpharmacy.com**, o visite su ubicación de VIVOHealth Pharmacy.

Acuse de recibido

He recibido la siguiente información y documentos: ubicaciones, horario de atención e información de contacto; declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente; cómo reportar una inquietud o queja; Aviso de prácticas de privacidad; y encuesta de satisfacción del cliente.

Firme este formulario y devuélvalo a VIVOHealth Pharmacy enviándolo por correo electrónico a advocacy@vivohealthpharmacy.com

Paciente/agente/familiar/guardián* (firma)

Fecha/hora

Nombre (y relación si no es paciente)

Número telefónico del intérprete

○

Intérprete (firma)

Fecha/hora

Nombre del intérprete y relación con el paciente

Testigo de la firma (firma)

Fecha/hora

Nombre

Please select your pharmacy location:

☐ **VIVOHealth Pharmacy at CFAM**

450 Lakeville Road
Lake Success, NY 11042

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Home
(Mail Order)**

225 Community Drive
Suite 140
Great Neck, NY 11021

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Lenox Hill**

100 East 77th Street
New York, NY 10075

☐ **VIVOHealth Pharmacy at LIJ**

270-05 76th Avenue
New Hyde Park, NY 11040

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Manhasset**

300 Community Drive
Manhasset, NY 11030

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Phelps**

777 North Broadway
Room 101
Sleepy Hollow, NY 10591

☐ **VIVOHealth Pharmacy at Rego Park**

95-25 Queens Blvd
Suite GFLO3
Rego Park, NY 11374

☐ **VIVOHealth Pharmacy at
South Shore**

301 East Main Street
Bayshore, NY 11706

☐ **VIVOHealth Pharmacy
at Staten Island**

475 Seaview Avenue
Staten Island, NY 10305

☐ **VIVOHealth Pharmacy
at Zucker Hillside Hospital**

75-59 263rd Street
Glen Oaks, NY 11004

☐ **VIVOHealth Specialty Pharmacy**

225 Community Drive
Suite 100
Great Neck, NY 11021

☐ **VIVOHealth Pharmacy Now**

40 Melville Park Road, Unit One
Melville, NY 11747

Solo para uso interno

_____ El paciente o el representante del paciente se negó a firmar/aceptar el Aviso de prácticas de privacidad

_____ Patient unable to sign

Firma

Fecha/Hora

**Se debe obtener la firma del paciente a menos que el paciente sea menor de 18 años o no pueda firmar.*