

PROGRAMA DE CLÍNICAS MÓVILES VSP® EYES OF HOPE®

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

VIGENTE a partir de marzo de 2013

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS OBLIGACIONES.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y REVELAR Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos cuando se trata de información médica. Esta sección explica sus derechos y algunas de las obligaciones que tenemos para ayudarlo. Ejercer sus derechos: Puede ejercer cualquiera de los derechos de abajo visitando la página de los Derechos del paciente o completando el Formulario de quejas de miembros que encontrará en es.vsp.com, o llamando a Servicios para miembros al **800.877.7195**.

Derechos del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Acceso: Puede ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y reclamos y otra información médica que tenemos sobre usted.• Cambios: Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos si cree que están incorrectos o incompletos.• Comunicación confidencial: Puede pedirnos que le enviemos directamente su información médica protegida a una dirección alternativa.• Restricciones: Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica de tratamiento, pago (procesar los reclamos de los pacientes no tiene ningún costo), o de nuestras operaciones.• Historial de revelaciones: Puede pedir una lista de las veces que hemos compartido su información médica.• Nombramiento de un representante: Si le ha dado un poder médico a alguien o si tiene un tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.• Quejas: Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos presentando una queja por escrito. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 877.696.6775, o visitando hhs.gov para presentar una queja en línea. No tomaremos ninguna represalia en su contra por haber presentado una queja.• Aviso: Puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso en formato electrónico.
-----------------------	--

SUS DECISIONES

Para cierta información médica, usted puede decidir qué información podemos compartir. Si prefiere que compartamos información de cierta manera para las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y el poder de decisión de decirnos que:	<ul style="list-style-type: none">• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica.• Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.• Si no puede decirnos qué es lo que quiere que hagamos, podremos compartir su información cuando sea necesario para aminorar cualquier amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.• VSP nunca vende su información ni la comparte para fines comerciales, a menos que usted nos dé su autorización por escrito.
--	--

NUESTROS USOS Y REVELACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente? Normalmente, usamos o compartimos su información médica así:

La usamos y revelamos para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento: Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que lo están tratando.• Pago: Los reclamos que hacen los pacientes a las clínicas móviles de Eyes of Hope no tienen ningún costo, ya que nos ayudan a dar seguimiento y mejorar los servicios de atención médica y a llevar un historial.• Operaciones de atención médica: Podemos usar y revelar su información para manejar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
--	---

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica? Tenemos permitido o es necesario compartir su información de otras formas; usualmente, para contribuir con el bien común, como para fines de salud pública e investigación, pero también para contestar demandas y acciones legales. Tenemos que cumplir muchas condiciones de ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite hhs.gov > Privacidad de la información médica Sus derechos según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA).

NUESTRAS OBLIGACIONES

- Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Notificación de incumplimiento: Le informaremos inmediatamente si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia de este.
- Derecho a una revocación: Si nos dice que podemos compartir su información de una forma distinta a las incluidas en este Aviso, puede cambiar su decisión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia su decisión.
- Para obtener más información, visite hhs.gov y consulte el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento of Salud y Servicios Humanos.

NOTAS ESPECIALES

- VSP no recopila información genética y tiene prohibido usar y revelar información genética para fines de seguros.
- VSP no usa información médica protegida para fines de investigación.
- VSP no recopila expedientes de tratamientos de abuso de sustancias y nunca compartirá los expedientes de tratamientos de abuso de sustancias sin tener su autorización por escrito.
- VSP obedecerá las más estrictas leyes estatales y federales cuando así corresponda.
- Declaración de no discriminación: VSP cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina con base en raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.
- Revisiones del aviso: Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información suya que tenemos. Este nuevo Aviso estará disponible, si lo pide, en nuestro sitio web, y lo notificaremos por correo o correo electrónico.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

VSP Global, Attention: Privacy Specialist, 3333 Quality Drive, MS-163, Rancho Cordova, CA 95670, 916.858.7432, HIPAA@vsp.com

©2021 Vision Service Plan. VSP, VSP Global, and Eyes of Hope are registered trademarks of Vision Service Plan.

VSP Global Confidential and Proprietary.

Classification: Restricted

PROGRAMA DE CLÍNICAS MÓVILES
VSP® EYES OF HOPE® ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") del Programa de clínicas móviles VSP Eyes of Hope da información sobre las maneras en que Vision Service Plan ("VSP") puede recopilar, usar y revelar la información médica del paciente. Yo, el paciente (o el padre, madre o tutor del paciente), reconozco que tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este Formulario de consentimiento. Al firmar abajo, reconozco que recibí y revisé el Aviso. Si el paciente es mi hijo o una persona de quien soy tutor, las referencias a "yo", "mí", "mío" o términos similares, incluyen la referencia a mi hijo o a la persona de quien soy tutor.

Al firmar abajo, acuso recibo del Aviso de VSP Global mediante el Programa de clínicas móviles Eyes of Hope. El Aviso da información sobre las maneras en que VSP Global puede utilizar y revelar mi información médica protegida. Comprendo que este Aviso está sujeto a cambios. Si se realizan cambios en el Aviso, puedo obtener una copia revisada en el sitio vspeyesofhope.com, llamando al **866.549.9301** o por mensaje de correo electrónico a mobileclinic@vsp.com.

Firma del paciente O del padre/madre/tutor _____

Nombre del paciente en letra de molde _____

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde _____

Relación con el paciente _____

Fecha ___ / ___ / _____

PARA USO EXCLUSIVO DE VSP: NO SE OBTUVO EL RECONOCIMIENTO POR ESCRITO

Sírvase documentar sus medidas para obtener el acuse de recibo, así como la razón por la que no se obtuvo.

- Se entregó el Aviso de prácticas de privacidad: el paciente no puede firmar
- Se entregó el Aviso de prácticas de privacidad: el paciente se negó a firmar
- Se envió al paciente por correo postal el Aviso de prácticas de privacidad y Acuse de recibo
- Otro motivo por el que el paciente no firmó _____

Firma del representante de VSP _____

Nombre legal en letra de molde _____

Fecha ___ / ___ / _____

**PROGRAMA DE CLÍNICAS MÓVILES VSP® EYES OF HOPE®
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO**

LEA ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR*. ESTE DOCUMENTO TIENE CONSECUENCIAS LEGALES Y AFECTARÁ SUS DERECHOS LEGALES Y LIMITARÁ O ELIMINARÁ SU CAPACIDAD PARA PRESENTAR ACCIONES LEGALES FUTURAS.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento por este medio para recibir un examen de la vista completo O intermedio, y, si se me receta, servicios de lentes y montura mediante el Programa de clínicas móviles Eyes of Hope de VSP.

Al firmar este formulario, por este medio también autorizo y doy mi consentimiento de forma voluntaria para que VSP recopile, use y revele mi información médica como paciente a fines de hacer las operaciones de atención médica, tratamiento y pago**. Esto incluye, pero no se limita, a la revelación y el uso por parte de proveedores externos de atención médica a quienes me puedan remitir o con quien VSP o yo podamos consultar respecto a mi salud. Entiendo que no existe un vencimiento para esta autorización y consentimiento para información médica, que tengo derecho a revocar esta autorización y consentimiento, a menos que se haya tomado alguna medida basándose en él.

Certifico que tengo edad legal y que leí y entiendo este formulario, y que este formulario se ejecutó voluntariamente en la fecha que se indica abajo.

Firma del paciente O del padre/madre/tutor _____

Nombre legal del paciente en letra de molde _____

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde _____

Relación con el paciente _____

Fecha ____ / ____ / ____

*Asistencia en distintos idiomas: si habla otro idioma, los servicios de asistencia en distintos idiomas están disponibles para usted gratis. Llame al 1.800.877.7195 (TTY: 1.800.428.4833) o visite globaleyeshope.com.

**Todos los servicios que se le presten hoy mediante la clínica móvil de VSP Eyes of Hope son sin costo para usted.

**PROGRAMA DE CLÍNICAS MÓVILES VSP® EYES OF HOPE®
 AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN**

VSP cumple las leyes de derechos civiles estatales y federales aplicables y no discrimina con base en color, país de origen, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad. VSP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad.

VSP da gratis:

- Apoyo y servicios a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
 - Traductores
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, o cree que VSP no le ha dado estos servicios o que ha discriminado en su contra de alguna manera con base en raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja:

Para comunicarse con VSP para pedir apoyo y servicios:		
Correo postal de EE. UU.: VSP, Attn: Complaint & Grievance Unit PO Box 997100 Sacramento, CA 95899-7100	En línea: es.vsp.com > Formulario de quejas de miembros	Teléfono: 800.877.7195 Lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del Pacífico Sábado, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del Pacífico Domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del Pacífico Cerrado: Feriados importantes Personas con discapacidad auditiva: 800.428.4833
Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services):		
Correo postal de EE. UU.: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html	Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en línea: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf	Teléfono: 1-800-868-1019 Personas con discapacidad auditiva: 800-537-7697

PROGRAMA DE CLÍNICAS MÓVILES VSP GLOBAL® EYES OF HOPE® FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE MEDIOS

Yo, el que suscribe, autorizo a Vision Service Plan, que opera como VSP Global (“VSP”), y a todas sus líneas de negocios, subsidiarias y filiales, así como a sus directores, funcionarios, empleados, agentes, representantes o contratistas, a divulgar y analizar mi información de salud protegida (o la información con respecto al tratamiento y la enfermedad, o asuntos relacionados, de mi hijo o de una persona de la cual soy tutor).

Esta Autorización incluye el derecho y el permiso ilimitados de utilizar, reutilizar, distribuir, publicar y republicar, en todo o en parte, mis/sus testimonios, declaraciones o imágenes y la información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de atención médica provistos o que se proveerán, y que identifica mi/su nombre u otra información de identificación personal por todo medio electrónico, de difusión, impreso o cualquier otro medio, incluidos todos los sitios web, blogs y plataformas de medios sociales mantenidas u operadas por VSP, o afiliadas a este, en conjunto con sus actividades de publicidad relacionadas comerciales o actividades de relaciones con los medios de comunicación.

Nota: Esta Autorización excluye toda información relacionada con abuso de sustancias, salud mental o diagnóstico/tratamiento del VIH.

- Entiendo que toda la información de salud protegida, otro tipo de información o las imágenes divulgadas, incluso mediante una plataforma de medios sociales, ya no estarán protegidas por las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.
- Acepto renunciar a todos los derechos de inspeccionar o aprobar los productos finalizados, las copias o los materiales impresos que pueden utilizarse en relación con el presente o con su contenido, o el uso para el cual pueden aplicarse.
- Entiendo que VSP puede recibir remuneración financiera directa o indirecta en relación con el uso o la divulgación de mi información o mis imágenes por parte de un tercero por motivos de comercialización.
- Entiendo que no recibiré compensación financiera alguna por el uso y la divulgación de mi información/mis imágenes.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en una fecha razonable antes de que se utilice mi información o mis imágenes, mediante previo aviso por escrito a VSP.
- Entiendo que si revoco esta Autorización, mi información dejará de utilizarse o de divulgarse por los motivos contemplados en esta Autorización. No obstante, entiendo que toda divulgación o publicación realizada con anterioridad a mi revocación puede permanecer como de dominio público.
- Entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia de esta Autorización.
- Entiendo que la información divulgada estará vigente en el momento en que se firme esta Autorización y que, en caso de necesitarse información adicional en una fecha posterior, pueden solicitarme que firme otra Autorización.
- Entiendo que la firma de esta Autorización es voluntaria y que VSP no puede poner condiciones al tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios si decido no firmar esta Autorización.
- Eximo a VSP de toda responsabilidad, incluidos, entre otros, reclamos de difamación y de derecho a la privacidad, en relación con este asunto.
- Entiendo que esta Autorización tiene como objeto ser el acuerdo completo con respecto a este asunto.

Por medio de la presente certifico que soy mayor de edad, que he leído y entendido esta Autorización, y que acepto que esta Autorización fue otorgada voluntariamente.

Firma del paciente O del padre/la madre/el tutor _____ **Fecha** ___/___/___

Nombre legal del paciente en letra de imprenta _____

Dirección del paciente	Número de teléfono del paciente	Correo electrónico del paciente
------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Nombre del padre/la madre/el tutor en letra de imprenta _____ **Vínculo con el paciente** _____

El paciente se niega a autorizar

VSP® EYES OF HOPE® MOBILE CLINICS PROGRAM
LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)。

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-877-7195 (телетайп: 1-800-428-4833).

Հայերեն (Armenian)

Ուշադրութեամբ խնդրում ենք հայերեն, ասիական և վրացական լեզուներով լեզվակցումները օգտագործելը: Ձանգահարեք 1-800-877-7195 (TTY (հեռատեղախոսք) 1-800-428-4833)։

فارسی (Farsi)

یاردن ایگار تر و صبدی اینز تالایست، دنیک می ونگگدی سرافن اینز یو رگا: 4 چوئ داتسد می مها امتد. با 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) دیرگیس تما.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਾਜ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-877-7195 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-428-4833)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, បណ្តាជន្លុយខ្លួនភាសា ហៅ ដោយមិនគិតថ្លៃ ក៏អាចមានសំរាប់ប្រើប្រាស់ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) ។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຄຸກ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາສາ ລາວ, ການ ບໍ່ ວ່າ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ສັດ ກນ ພາສາ, ໂດຍ ບໍ່ ເສັ ວິ ຄ່າ, ແມ່ນ ມີ ພ້ອມ ໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ ຣ 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)

VSP® EYES OF HOPE® MOBILE CLINICS PROGRAM PREGUNTAS FRECUENTES DEL PACIENTE

¿Qué tipo de examen de la vista recibiré?

En la mayoría de los casos, los médicos de la red VSP conllevan exámenes comprensivos de la vista a los pacientes. El examen incluye una evaluación completa de la salud de sus ojos y su visión, incluyendo la percepción de profundidad, la visión periférica y la reacción de la pupila a la luz.

¿Qué medidas de seguridad se toman en los eventos de exámenes de la vista de clínicas móviles?

Puede ver nuestros protocolos de seguridad en línea en mobileclinics.vspeyesofhope.com.

¿Recibiré un nuevo par de lentes, si es necesario, después de mi examen de la vista?

Después de su examen de la vista, si necesita lentes y tiene una receta de visión de baja intensidad, es probable que reciba un nuevo par de anteojos el mismo día del examen. Si surgen circunstancias imprevistas o si tiene una receta de graduación mayor que requiere lentes bifocales, sus anteojos se fabricarán en un laboratorio de VSP. Usted recibirá su nuevo par de anteojos unas semanas después de su examen.

¿Recibiré una copia de mi receta de visión?

Sí. Le proporcionaremos una copia de la receta de sus anteojos.

¿Qué pasa si pierdo mi receta o deseo una copia de mi registro del examen de la vista?

Puede solicitar una copia de su registro del examen de la vista y / o su receta de anteojos enviándonos un correo electrónico seguro a mobileclinic@vsp.com. Proporcione su nombre completo, fecha de nacimiento, dirección postal, fecha y lugar del examen de la vista y su número de teléfono o correo electrónico.

¿Qué debo hacer si mis anteojos nuevos no me quedan bien?

Lleve sus anteojos al consultorio de un médico local de VSP, explique dónde los recibió originalmente y pregunte si pueden ajustarlos para que se ajusten correctamente. Para encontrar un médico de VSP local, visite vsp.com.

¿Con quién me comunico si tengo preguntas sobre la receta de visión?

Por favor llámanos al **800.877.7195**.

¿Con quién me puedo comunicar si mis anteojos están rotos o dañados?

Si recibió lentes rotos o dañados, por favor llámenos al 866.549.9301 dentro de sesenta (60) días y lo ayudaremos con un reemplazo. Si rompe o daña sus anteojos después de recibirlos, no podemos proporcionar un reemplazo.

¿Cómo puedo proveer comentarios sobre la atención o el servicio que recibo hoy?

Hay dos métodos de proveer comentarios:

- Visite eyesofhopestory.com a cualquier momento para decirnos cómo el examen de la vista y / o los anteojos que recibe a través de VSP Eyes of Hope han mejorado su vida o experiencia diaria.
- Una queja es una expresión escrita o verbal de insatisfacción con respecto a VSP y / o un médico, incluidas las inquietudes sobre la calidad de la atención, e incluye una queja, disputa y / o solicitud de reconsideración. Llame al **800.877.7195** o visite vsp.com para enviar una queja.