



### Formulir Informasi Pasien Baru (Halaman 1 s/d 3)

Tanggal hari ini:

Judul: ☒ Ms.

☐ Merindukan ☐ Nyonya. ☐ Tn. ☐ dr.

Nama keluarga:

Nama depan:

Nama tengah:

Akhiran:

Jenis kelamin:

☐ Pria ☐ Perempuan

Status pernikahan:

☐ Lajang ☐ Telah menikah ☐ Cerai ☐ Terpisah ☐ Janda

Tanggal lahir:

Balapan:

☐ Amerika Afrika ☐ Kaukasia ☐ Asia ☐ Hispanik ☐ Lainnya ☐ Ditolak

Etnisitas:

☐ Hispanik / Latin ☐ Bukan Hispanik / Latin ☐ Ditolak

Bahasa utama:

☐ Bahasa Inggris ☐ Spanyol ☒ Polandia ☒ Italia ☐ Lainnya

Apakah asuransi Anda mengharuskan Anda untuk memilih penyedia perawatan primer?

☐ Ya ☐ TIDAK

Jika ya, siapa yang Anda pilih?

Alamat Jalan Rumah:

Kode Pos:

Kota:

Negara:

Telepon rumah #:

Telepon genggam #:

Telepon Kantor #:

## Formulir Informasi Pasien Baru (Halaman 2 dari 3)

Jika kami harus menghubungi Anda melalui telepon, apa urutan pilihan bagi kami untuk menghubungi Anda? Silakan isi 1, 2, 3 di depan jenis telepon.

\_\_\_\_\_ Telepon rumah

☐ OK untuk meninggalkan pesan di telepon rumah dengan informasi medis rinci

☐ JANGAN tinggalkan pesan terperinci di telepon rumah, tinggalkan nomor panggilan balik

\_\_\_\_\_ hanya Telepon Seluler

☐ OK untuk meninggalkan pesan di telepon rumah dengan informasi medis rinci

☐ JANGAN tinggalkan pesan terperinci di ponsel, tinggalkan nomor panggilan balik

\_\_\_\_\_ hanya Telepon Kerja

☐ OK untuk meninggalkan pesan di telepon rumah dengan informasi medis rinci

☐ JANGAN tinggalkan pesan mendetail di telepon kantor, tinggalkan nomor panggilan balik saja

Alamat email:

**Metode Kontak Pilihan** Ketika kami perlu menghubungi Anda tentang masalah perawatan kesehatan yang tidak mendesak, bagaimana kami harus menghubungi Anda? (centang salah satu):

☐ Email aman melalui Portal Pasien (disarankan) ☐ Telepon ☐ Surel

**Metode Pengingat Pilihan** Bagaimana Anda lebih suka dihubungi tentang janji temu dan pengingat perawatan kesehatan? (centang salah satu):

☐ Telepon selular ☐ Telepon Rumah ☒ Telepon Kantor ☐ Surat

**Apakah Anda memiliki Living Will / Advance Directive?** ☐ Ya ☐ Tidak (Jika ya, tolong beri kami salinannya)

**Dirujuk oleh**(centang satu): ☒ Teman ☐ Keluarga ☐ Pasien yang Ditetapkan ☐ Daftar Rencana Kesehatan

☐ Pencarian Internet ☐ Brosur/Surat Langsung ☐ Halaman Kuning ☐ Koran

### Formulir Informasi Pasien Baru (Halaman 3 dari 3)

**Kontak darurat:**

Nama:

Telepon 1:

Telepon 2:

Hubungan:

**Apotek lokal Anda:**

Nama:

Jalan:

Kota:

**Apotek surat Anda pergi(jika Anda memilikinya):**

Nama:

Telepon:

Fax:

Tanda tangan: \_\_\_\_\_

[illegible]



### Formulir Riwayat Kesehatan (Halaman 1 s/d 3)

**Riwayat Medis Sebelumnya**Harap lingkari masalah kesehatan yang pernah Anda alami di masa lalu atau saat ini. Jangan ragu untuk menambahkan catatan apa pun di bawah ini.

Masalah jantung	Tekanan darah tinggi/hipertensi
Kolesterol tinggi	Pembekuan darah atau masalah perdarahan
Masalah jantung atau peredaran darah lainnya	Alergi musiman atau lingkungan
Asma	Apnea tidur
Radang paru-paru	Masalah paru-paru atau pernapasan lainnya
Radang usus besar	Refluks / GERD / mulas kronis
Bisul	Kantong empedu
Hepatitis	Polip
Masalah perut atau usus lainnya	Kanker
Radang sendi	Encok
Depresi	Kecemasan
Masalah emosional lainnya	Penyalahgunaan alkohol atau zat
Penyakit ginjal	Masalah prostat atau BPH
Disfungsi seksual atau masalah ereksi	Inkontinensia urin
Tiroid yang terlalu aktif atau kurang aktif	Masalah tiroid lainnya
Diabetes	Osteoporosis atau kepadatan tulang yang rendah
Patah tulang	Anemia
Kelainan darah lainnya	Kejang
Stroke	Migrain
Sakit kepala kronis lainnya	Demensia
Masalah saraf atau neurologis lainnya	Masalah penglihatan atau pendengaran

### Operasi:

Tanggal atau Tahun	Jenis Pembedahan	Catatan atau Alasan Pembedahan



## Formulir Riwayat Kesehatan (Halaman 2 dari 3)

### Rawat inap lainnya:

Tanggal atau Tahun	RSUD	Alasan Rawat Inap dan catatan apa saja

### Sejarah keluarga:

	Ayah	Ibu	Saudara	Anak-anak	Agung-orang tua	Lainnya Kerabat	Catatan
<i>Jika meninggal, berapa umurnya kematian</i>							
<i>Jika meninggal, apa penyebab kematiannya</i>							
Anemia							
Asma atau alergi							
Kecenderungan perdarahan atau pembekuan							
Kanker							
Diabetes / gula							
Epilepsi (kejang, kejang)							
Penyakit jantung							
Tekanan darah tinggi							
Penyakit ginjal							
Gangguan mental atau saraf / bunuh diri							
Masalah alkohol atau narkoba							
Migrain							
Osteoporosis							
Stroke							
Masalah tiroid							
Kematian mendadak/tidak dapat dijelaskan sebelumnya usia 60							



**Formulir Riwayat Kesehatan (Halaman 3 dari 3)**

**Latihan:**

Apakah Anda berolahraga? ☐ Ya ☐ TIDAK

Jika ya, apa yang Anda lakukan untuk berolahraga?

Berapa lama Anda berolahraga, dan seberapa sering?

**Riwayat Merokok:**

☐ Tidak pernah merokok

☐ Merokok di masa lalu

☐ Merokok saat ini: ☐ rokok ☐ pipa ☐ cerutu

Berapa harganya?

**Penggunaan Alkohol:**

☐ Bukan peminum ☐ Di AA

☐ Jarang

☐ 1 - 2 minuman seminggu

☐ Setiap hari Berapa rata-rata per hari?

☐ Lainnya: Saya biasanya minum-minum \_\_\_\_\_ minuman, \_\_\_\_\_ kali seminggu.

☐ Jenis alkohol apa? Bir ☐ anggur ☐ minuman keras



## Perjanjian Kebijakan Keuangan Pasien

- Saya akan menunjukkan bukti pertanggungan asuransi pada setiap kunjungan.
- Saya mengerti adalah tanggung jawab saya untuk dididik tentang manfaat dan keterbatasan polis asuransi saya.
- Saya memahami polis asuransi saya adalah kontrak antara saya dan perusahaan asuransi saya. Jika mereka tidak membayar untuk layanan yang diberikan kepada saya yang mungkin termasuk vaksinasi, suntikan dan barang medis yang tahan lama, saya bertanggung jawab secara finansial untuk pembayaran atas layanan tersebut.
- Saya memahami bahwa akun saya dapat dikirim ke agen penagihan profesional jika pembayaran tidak dilakukan dalam waktu 90 hari sejak tanggal penagihan dan jika demikian, hubungan saya dengan Vanguard dapat diakhiri.
- Saya memahami bahwa jika saya tidak setuju dengan tagihan apa pun atau ingin meminta penyesuaian tagihan atau klaim saya, saya harus menghubungi kantor penagihan secara tertulis dalam waktu 30 hari sejak tanggal penagihan.
- Saya memahami bahwa adalah tanggung jawab saya untuk memberikan Vanguard informasi apa pun yang diperlukan untuk dibayar atas layanan yang diberikan kepada saya atau siapa pun yang tercakup dalam polis asuransi saya atau saya akan bertanggung jawab dan akan membayar saldo secara penuh.

### IZIN MEMBERIKAN INFORMASI DAN PEMBERIAN MANFAAT

Saya mengizinkan pelepasan informasi medis yang diperlukan untuk memproses klaim ini. Saya mengizinkan salinan otorisasi ini untuk digunakan sebagai pengganti aslinya.

Dengan ini saya memberi wewenang kepada Vanguard untuk mengajukan tunjangan atas nama saya untuk layanan tertutup yang diberikan oleh dokter keluarga saya, atau atas perintahnya. Saya meminta agar pembayaran dari perusahaan asuransi saya dilakukan langsung ke Vanguard (atau ke pihak yang menerima penugasan),

Saya menyatakan bahwa informasi yang telah saya laporkan sehubungan dengan pertanggungan asuransi saya adalah benar. Saya setuju dan menerima ketentuan Kebijakan Finansial Vanguard.

Saya mengizinkan salinan otorisasi ini untuk digunakan sebagai pengganti aslinya. Otorisasi ini dapat dicabut oleh saya atau perusahaan asuransi saya kapan saja secara tertulis,

Tanggal \_\_\_\_\_

Tanda Tangan (Pasien/Penjaga)

\_\_\_\_\_





**Persetujuan Pasien Baru atas Penggunaan dan Pengungkapan Informasi Kesehatan  
untuk Perawatan, Pembayaran, atau Operasi Perawatan Kesehatan**

Saya mengerti sebagai bagian dari perawatan kesehatan saya, **KELOMPOK MEDIS VANGUARD**, berasal dan menyimpan catatan kertas dan/atau elektronik yang menjelaskan riwayat kesehatan saya, gejala, hasil pemeriksaan dan tes, diagnosis, pengobatan, dan rencana perawatan atau pengobatan di masa mendatang. Saya mengerti bahwa informasinya berfungsi sebagai:

- Dasar untuk merencanakan perawatan dan pengobatan saya,
- Sarana komunikasi di antara profesional kesehatan yang berkontribusi dalam perawatan saya,
- Sumber informasi untuk menerapkan diagnosis dan informasi bedah saya ke tagihan saya
- Suatu cara dimana pembayar pihak ketiga dapat memverifikasi bahwa layanan yang ditagih benar-benar disediakan, dan

Saya mengerti bahwa saya memiliki hak dan keistimewaan sebagai berikut:

- Hak untuk meninjau pemberitahuan sebelum menandatangani persetujuan ini.

Saya mengerti bahwa VANGUARD MEDICAL GROUP tidak diwajibkan untuk menyetujui batasan yang diminta. Saya memahami bahwa saya dapat mencabut persetujuan ini secara tertulis, kecuali jika organisasi tersebut telah mengambil tindakan sehubungan dengan hal tersebut. Saya juga memahami bahwa dengan menolak menandatangani persetujuan ini atau mencabut persetujuan ini, organisasi ini dapat menolak untuk memperlakukan saya sebagaimana diizinkan oleh Bagian 164.506 dari Kode Peraturan Federal.

Saya lebih lanjut memahami bahwa VANGUARD MEDICAL GROUP berhak mengubah pemberitahuan dan praktik mereka dan sebelum implementasi, sesuai dengan Bagian 164.520 dari Kode Peraturan Federal. Saya ingin memiliki batasan berikut untuk penggunaan atau pengungkapan informasi kesehatan saya:

---

---

Saya memahami bahwa sebagai bagian dari operasi perawatan, pembayaran, atau perawatan kesehatan organisasi ini, pengungkapan informasi kesehatan saya yang dilindungi kepada entitas lain mungkin diperlukan, dan saya menyetujui pengungkapan tersebut untuk penggunaan yang diizinkan ini, termasuk pengungkapan melalui faks.

Saya sepenuhnya memahami dan menerima/menolak persyaratan persetujuan ini.

Saya telah diberikan dan memahami VANGUARD MEDICAL GROUPS Pemberitahuan Kebijakan Privasi sebagai:

---

**Tanda Tangan Pasien** \_\_\_\_\_ **Tanggal** \_\_\_\_\_

Pasien **NAMA YANG DICETAK** \_\_\_\_\_

Jika tidak ditandatangani oleh pasien, sebutkan hubungan Anda dengan pasien (orang tua, pasangan) \_\_\_\_\_

**HANYA UNTUK STAFF KANTOR**

( ) Persetujuan diterima oleh \_\_\_\_\_ pada \_\_\_\_\_

( ) Persetujuan ditolak oleh pasien, dan pengobatan ditolak sebagaimana diizinkan



## Akun Portal Pasien

Nama CETAK: \_\_\_\_\_ Tanggal lahir \_\_\_\_\_

Alamat email: \_\_\_\_\_

Dengan menandatangani formulir ini, saya mengizinkan Vanguard Medical Group (VMG) untuk berkomunikasi melalui Portal Pasien akses aman pribadi dengan saya untuk perawatan dan perawatan medis saya. VMG akan memberikan pemberitahuan melalui email pribadi Anda bahwa informasi dapat ditemukan di Portal Pasien Anda. Tidak ada informasi kesehatan pribadi yang dikirimkan melalui atau ke email pribadi Anda. Saya memahami bahwa jenis informasi kesehatan yang dilindungi berikut dapat digunakan, diungkapkan, dan disimpan oleh penyedia layanan kesehatan VANGUARD MEDICAL GROUP sebagai hasil dari komunikasi tersebut:

1. Informasi kesehatan pribadi saya;
2. Tampilan elektronik dari gambar Radiologi (x-ray)
3. Hasil Uji Laboratorium
4. Laporan patologi
5. Hasil tes diagnostik lainnya

Pasien dan/atau perwakilan pribadi yang ingin berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan mereka melalui Portal klinik harus mempertimbangkan semua masalah berikut sebelum menandatangani Otorisasi ini.

1. Portal komunikasi adalah kenyamanan dan **tidak sesuai untuk keadaan darurat atau masalah sensitif waktu.**
2. Pesan portal yang diterima di Vanguard Medical Group dapat diakses oleh staf kantor dalam menjalankan tugasnya mendukung penyedia.
3. Kami menyarankan agar berhati-hati saat menyampaikan informasi yang sangat sensitif atau pribadi melalui pesan Portal (yaitu: status HIV, penyakit mental, ketergantungan bahan kimia, dan masalah kompensasi pekerja.)
4. Pesan dan tanggapan yang relevan secara klinis akan didokumentasikan dalam rekam medis
5. VMG tidak akan bertanggung jawab atas informasi yang hilang atau salah arah karena kesalahan atau kegagalan teknis
6. VMG tidak memiliki atau memiliki kepentingan apa pun di situs web Portal. Portal E-mds adalah saluran aman di mana komunikasi dengan database kami dikelola.

Saya memahami bahwa saya memiliki hak untuk mencabut Otorisasi ini kapan saja. Jika saya ingin mencabut otorisasi ini, saya harus melakukannya secara tertulis, dan mengirimkannya ke Vanguard Medical Group. Saya memahami bahwa jika saya mencabut otorisasi ini, itu tidak akan berlaku untuk informasi apa pun yang telah dirilis sebagai akibat dari otorisasi ini.

Saya mengerti bahwa saya dapat menolak untuk menandatangani otorisasi ini. Saya juga memahami bahwa Vanguard Medical Group tidak dapat menyangkal atau menolak memberikan perawatan, pembayaran, atau catatan medis jika saya menolak untuk menandatangani Surat Kuasa ini.

Saya telah membaca dan memahami informasi dalam formulir otorisasi ini.

Tanda tangan: \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_



## Otorisasi HIPAA untuk Penggunaan atau Pengungkapan Informasi Kesehatan yang Dilindungi

Saya memahami sebagai bagian dari perawatan kesehatan saya, VANGUARD MEDICAL GROUP berasal dan menyimpan catatan kertas dan/atau elektronik yang menjelaskan riwayat kesehatan saya, gejala, pemeriksaan dan hasil tes, diagnosis, perawatan, dan rencana perawatan/pengobatan di masa mendatang. Saya memahami bahwa setelah penjaga catatan mengungkapkan informasi kesehatan saya, informasi tersebut mungkin tidak lagi dilindungi oleh undang-undang privasi federal. Saya memahami bahwa otorisasi ini bersifat sukarela dan saya dapat menolak untuk menandatangani otorisasi ini. Penolakan saya untuk menandatangani tidak akan mempengaruhi kemampuan saya untuk mendapatkan perawatan atau kelayakan untuk mendapatkan tunjangan kecuali diperbolehkan oleh hukum. Saya memahami bahwa saya memiliki hak untuk mencabut otorisasi ini, kecuali jika organisasi tersebut telah mengambil tindakan sehubungan dengan hal tersebut. Dengan bertanda tangan di bawah ini, Saya menyatakan dan menjamin bahwa saya memiliki wewenang untuk menandatangani dokumen ini dan mengizinkan penggunaan atau pengungkapan informasi kesehatan yang dilindungi, termasuk pengungkapan melalui faks, dan bahwa tidak ada klaim atau perintah tertunda atau berlaku yang akan melarang, membatasi, atau dengan cara lain membatasi kemampuan untuk mengizinkan penggunaan atau pengungkapan informasi kesehatan yang dilindungi ini. Otorisasi ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal penandatanganan. Saya ingin memiliki batasan berikut untuk penggunaan/pengungkapan informasi kesehatan saya: Otorisasi ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal penandatanganan. Saya ingin memiliki batasan berikut untuk penggunaan/pengungkapan informasi kesehatan saya: Otorisasi ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal penandatanganan. Saya ingin memiliki batasan berikut untuk penggunaan/pengungkapan informasi kesehatan saya:

☐ Tolong kirimkan seluruh rekam medis saya **ATAU** ☐ Tolong kirimkan rekam medis saya tetapi kecuali yang berikut ini

- ☐ Tes, diagnosis, dan pengobatan HIV/AIDS
- ☐ Tes, diagnosis, dan pengobatan Penyakit Menular Seksual
- ☐ diagnosis dan pengobatan Penyakit Mental
- ☐ Catatan psikoterapi
- ☐ Diagnosis dan pengobatan Kecanduan Narkoba atau Alkohol
- ☐ Pengujian genetik, hasil, dan informasi genetik tentang saya
- ☐ Lainnya: \_\_\_\_\_

Dengan ini saya mengizinkan rilis catatan medis saya mengenai perawatan dan pengobatan saya. Ini termasuk tetapi tidak terbatas pada catatan yang ditunjukkan di bawah ini:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ringkasan Laporan Discharge Unit | <input type="checkbox"/> Konsultasi Rumah Sakit | <input type="checkbox"/> Penerimaan H & P                 |
| <input type="checkbox"/> Gawat Darurat dengan Daftar Obat | <input type="checkbox"/> Lab                    | <input type="checkbox"/> Laporan ED & Rumah Sakit Abstrak |
| <input type="checkbox"/> Radiologi/Hasil Diagnostik       | <input type="checkbox"/> Evaluasi Ruang Dokter  | <input type="checkbox"/> SEMUA REKAMAN                    |

☐ **SILAHKAN FAX/KIRIM REKAMAN SAYA KE:**

**Vanguard Medical di Verona, NJ  
271 Grove Avenue  
Verona, NJ 07044  
Telepon: 201.337.3353 Faks: 973.239.0482**

☐ Silakan kirim catatan saya ke:

Penyedia/Fasilitas: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NAMA PASIEN: \_\_\_\_\_ TANGGAL LAHIR: \_\_\_\_\_

TANDA TANGAN PASIEN: \_\_\_\_\_ TANGGAL HARI INI: \_\_\_\_\_

JIKA DITANDATANGANI OLEH PERWAKILAN PASIEN, tunjukkan HUBUNGAN ANDA DENGAN PASIEN: \_\_\_\_\_



## PEMBERITAHUAN PRAKTIK PRIVASI

Grup Medis Pelopor

Tanggal Efektif: 1 Agustus 2013

### RINGKASAN

**UNTUK APA PEMBERITAHUAN INI?** Pemberitahuan Praktik Privasi (Pemberitahuan) ini menjelaskan bagaimana Vanguard Medical Group (Kami atau Kami) dapat menggunakan dan mengungkapkan informasi medis Anda yang kami simpan dan bagaimana Anda bisa mendapatkan akses ke informasi ini.

**SIAPA KITA?** Vanguard Medical Group adalah Praktik Keluarga yang terdiri dari semua dokter, perawat, karyawan, dan profesional perawatan kesehatan lainnya. Pemberitahuan ini berlaku untuk individu tersebut serta semua layanan yang diberikan kepada Anda di fasilitas kami/salah satu fasilitas kami.

**MENGAPA ANDA MEMBUTUHKAN PEMBERITAHUAN INI?** Undang-Undang Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan tahun 1996, sebagaimana diubah dengan Teknologi Informasi Kesehatan untuk Undang-Undang Kesehatan Ekonomi dan Klinis, menempatkan kewajiban tertentu kepada kami sehubungan dengan bagaimana kami dapat menggunakan dan mengungkapkan **informasi kesehatan pribadi (PHI)**. PHI Anda mencakup informasi medis tentang Anda seperti rekam medis dan perawatan serta layanan yang telah Anda terima. Kami berkomitmen untuk **menjaga privasi** dari PHI Anda. Saat kami perlu menggunakan atau mengungkapkannya, kami akan mematuhi ketentuan penuh dari Pemberitahuan ini. Kapan pun kami diizinkan atau diminta untuk membagikan PHI Anda dengan orang lain, kami hanya menyediakan **minimum** jumlah data **diperlukan** untuk menanggapi kebutuhan atau permintaan kecuali diizinkan oleh hukum.

**KAPAN KAMI DAPAT MENGGUNAKAN/MENUNGKAPKAN PHI ANDA?** Ada beberapa penggunaan dan pengungkapan PHI Anda yang mungkin kami lakukan **tanpa otorisasi tertulis atau lainnya dari Anda**. Penggunaan dan pengungkapan ini mungkin untuk tujuan seperti memberi Anda perawatan, mendapatkan pembayaran untuk layanan yang telah kami sediakan, dan operasi perawatan kesehatan lainnya (seperti administrasi, peningkatan kualitas, studi biaya, dan aktivitas lain yang dirancang untuk meningkatkan perawatan yang kami berikan kepada Anda). semua pasien kami). Beberapa contoh lainnya meliputi: PHI yang diberitahukan kepada kerabat, teman dekat, atau pengasuh Anda, aktivitas dan pejabat kesehatan masyarakat, pelaporan pelecehan atau pengabaian sebagaimana diwajibkan oleh hukum, aktivitas pengawasan kesehatan, proses peradilan dan administrasi, aparat penegak hukum, pekerja ' kompensasi, dan individu lain dan kegiatan sebagaimana diatur dalam Pemberitahuan ini. Individu yang mungkin memiliki akses ke informasi Anda **tanpa otorisasi tertulis atau lainnya dari Anda** mungkin termasuk dokter, perawat, pelajar kesehatan, dan staf rumah sakit lainnya.

**KAMI HARUS MEMPEROLEH OTORISASI TERTULIS DARI ANDA UNTUK SETIAP PENGGUNAAN ATAU PENGUNGKAPAN YANG TIDAK TERCANTUM DALAM PEMBERITAHUAN INI.** Anda dapat mencabut otorisasi ini SETIAP SAAT. Selain mendapatkan otorisasi tertulis dari Anda untuk penggunaan atau pengungkapan yang tidak dijelaskan dalam Pemberitahuan ini, secara umum kami juga perlu meminta otorisasi atau persetujuan tertulis dari Anda sebelum mengungkapkan informasi berikut:

- Informasi terkait HIV/AIDS
- Informasi penyakit menular seksual
- Tuberkulosis
- Catatan psikoterapi
- Informasi kesehatan mental
- Informasi obat-obatan & alkohol
- Informasi genetik

- Setiap informasi di mana Anda, jika masih di bawah umur, mencari pengobatan yang dibebaskan (misalnya, perawatan terkait kehamilan atau anak Anda, penyakit menular seksual, dll)

Kami juga akan mencari Anda **otorisasi tertulis** untuk aktivitas "pemasaran" apa pun yang mungkin kami lakukan atau di mana kami akan menerima uang untuk menyediakan PHI Anda kepada pihak ketiga.

**HAK APA YANG ANDA MILIKI UNTUK PHI ANDA?** Anda berhak meminta kami untuk membatasi penggunaan dan pengungkapan tertentu atas PHI Anda. Kami akan mempertimbangkan SEMUA permintaan tetapi mungkin tidak *diperlukan* untuk menyetujui batasan yang Anda minta. Anda juga memiliki hak untuk memeriksa dan menerima salinan PHI Anda, hak untuk meminta perubahan atau amandemen dibuat untuk PHI Anda, hak atas akuntansi (daftar) pengungkapan tertentu dari PHI Anda, dan hak untuk mencabut setiap otorisasi yang mungkin telah Anda buat sejauh kami belum mengandalkannya. Anda juga berhak menerima salinan kertas dari Pemberitahuan ini kapan saja.

**BISA KITA MENGUBAH PEMBERITAHUAN INI?** Kami dapat mengubah Pemberitahuan ini **kapan saja**. Pemberitahuan yang direvisi akan berlaku untuk semua PHI yang kami pertahankan. Namun, jika kami mengubah Pemberitahuan ini, kami hanya akan melakukan perubahan sejauh diizinkan oleh undang-undang. Kami juga akan membuat Pemberitahuan yang direvisi tersedia untuk Anda dengan memasangkannya di tempat di mana semua individu yang mencari layanan dari kami dapat membaca Pemberitahuan di situs web kami, [www.vanguardmedgroup.com](http://www.vanguardmedgroup.com). Anda juga dapat memperoleh Pemberitahuan baru dalam bentuk cetak dari Kantor Privasi kami.

**INFORMASI TAMBAHAN/KELUHAN.** Anda dapat menghubungi Kantor Privasi kami jika Anda menginginkan informasi tambahan atau memiliki pertanyaan tentang Pemberitahuan ini atau PHI Anda. Jika Anda merasa bahwa hak privasi Anda telah dilanggar, Anda juga dapat menghubungi Kantor Privasi kami ATAU mengajukan keluhan tertulis ke Kantor Hak Sipil Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS. **Kami TIDAK akan membalas Anda jika Anda mengajukan keluhan kepada kami atau Kantor Hak Sipil.**

**HAL DI ATAS HANYA RINGKASAN HAK DAN KEWAJIBAN DALAM PEMBERITAHUAN INI.  
HARAP BACA DENGAN SEKSAMA SELURUH PEMBERITAHUAN BERIKUT.  
KAMI MENYAMBUUT PERTANYAAN YANG MUNGKIN ANDA MILIKI.**