



PAQUETE DE DIVULGACIÓN

Estimado Beneficiario de *Arrow Health Solutions*,

Gracias por escogernos como su proveedor DME preferido, apreciamos mucho su confianza. Ahora que usted es un Beneficiario de *Arrow Health Solutions*, personalmente deseo explicarle los servicios disponibles para usted, sin ningún costo adicional.

Seguro y Facturación a Medicaid

Hacemos la presentación de documentación fácil, ofreciendo una autorización previa a Medicaid y las reclamaciones de seguro, con envío y seguimiento a su nombre. Nuestro conocedor y experimentado equipo trabaja fuerte para que usted reciba los servicios que necesita.

Entregas Mensuales

Si usted solicita los mismos productos mensualmente, nos contactaremos con usted de forma mensual para revisar su pedido, garantizando la calidad y cantidad del producto. Usted recibirá un correo electrónico antes de cada entrega para confirmar su pedido.

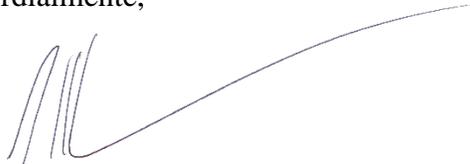
Apoyo

Comprendemos que el cubrimiento de seguro puede ser un tanto confuso y difícil de entender. Por ello nuestro equipo conocedor de cubrimientos de salud y de servicios estará listo siempre para atender sus requerimientos.

Nuestra misión es “Ayudar a Niños ~ Fortaleciendo Familias” y nuestro objetivo principal es superar sus expectativas.

Tenga en cuenta que nuestro horario es de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 5:00 pm (hora central).

Cordialmente,



Jon Mark McMullen
Vicepresidente de *Arrow Health Solutions*
JonMark.McMullen@arrow.org

Acuerdo de Servicio del Beneficiario

Nombre del Beneficiario: _____ # Medicaid: _____

Autorización/Consentimiento para Proporcionar Equipo Médico (Durable) Domiciliario

He sido informado(a) del equipo y suministros médicos (equipo médico durable) disponibles para mí y una selección de proveedores de los cuales puedo escoger. Autorizo a *Arrow Health Solutions, LLC* bajo la dirección del médico que prescribe, proporcionar equipo y suministros médicos domiciliarios según sean prescritos por el médico.

Cesión de Derechos/Autorización de Pago

Por la presente cedo todo los beneficios y pagos en reclamos cedidos para ser directamente realizados a *Arrow Health Solutions, LLC* por todo equipo y suministro médico a mi proporcionado. Autorizo a *Arrow Health Solutions, LLC* a inquirir tales derechos y pagos a mi nombre. Entiendo que como cortesía *Arrow Health Solutions, LLC* facturará a Medicaid u otra fuente federalmente financiada y otros pagadores o asegurador(es) que proporcionan el cubrimiento. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información de seguros necesaria de antemano. Cualquier cambio en mi política, plan o compañía de seguros debe ser informado a *Arrow Health Solutions, LLC* dentro de 30 días del evento. He sido informado(a) por *Arrow Health Solutions, LLC* de la necesidad médica de los servicios prescritos por mi médico.

Divulgación de Información

Por la presente solicito y autorizo a *Arrow Health Solutions, LLC*, el médico que prescribe, el hospital y cualquier otro poseedor de información relevante a mis suministros, divulgar información a solicitud a *Arrow Health Solutions, LLC*, a cualquier fuente pagadora, médico o cualquier otro personal médico o agencia involucrada con mi equipo. También autorizo a *Arrow Health Solutions, LLC* para revisar mi historia médica con el propósito de proveer equipos y suministros para proporcionar atención de salud domiciliaria.

Entrega de Información Escrita

Acepto que he recibido copia del Manual del Paciente, el cual contiene los Derechos y Deberes del Paciente, Estándares de Proveedor y Estándares de Privacidad HIPAA. Acepto que la información del Manual del Paciente me ha sido explicado y que comprendo toda la información.

Reporte de Reclamos

Acepto que he sido informado(a) del procedimiento para reportar reclamaciones si me encuentro insatisfecho con cualquier parte de mi experiencia de atención domiciliaria. Entiendo que puedo presentar una queja sin preocupación de represalias, discriminación o una interrupción irrazonable de servicios. Con el fin de presentar una reclamación, favor llamar al (346) 328-4800 o a la línea gratuita al (866) 328-4800 y solicitar al Jefe de Operaciones de *Arrow Health Solutions*. Si su queja no es resuelta a su satisfacción dentro de 5 días hábiles, usted podrá iniciar una reclamación formal por escrito y enviarla al Vicepresidente de *Arrow Health Solutions, LLC*. Usted puede esperar una respuesta por escrito dentro de 7 días hábiles de haber sido recibida.

Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente

Creemos que todos los Beneficiarios que reciban suministros de *Arrow Health Solutions* deben estar informados de sus derechos.

Por lo tanto, usted tiene derecho a:

1. Recibir coordinación y continuidad razonable de suministros.
2. Recibir respuestas oportunas de su Especialista de Punto de Atención cuando se necesite o requiera suministros domiciliarios.
3. Ser completamente informado sobre los suministros a ser proporcionados y cualquier modificación al Plan de Suministros/Atención.
4. Participar en el desarrollo y revisión periódica del Plan de Suministros/Atención.
5. Consentimiento informado y rechazo de suministros después de las consecuencias de rechazar suministros sean completamente presentados.
6. Ser informado por anticipado de cualquier cobro.
7. Que la persona sea tratada con respecto, consideración y en reconocimiento de la dignidad del paciente.
8. Poder presentar reclamaciones o quejas del personal o suministros sin restricción, interferencia, coacción, discriminación o represalias.
9. Confidencialidad y privacidad de toda información contenida en los registros de paciente y de Información de Salud Protegida (ISP).
10. Recibir suministros apropiados de acuerdo con los pedidos físicos.
11. Ser informado de cualquier beneficio económico al ser referido a una organización.
12. Ser completamente informado de sus responsabilidades.
13. Ser informado de las limitaciones del proveedor de los suministros.
14. Ser informado de resultados anticipados de suministros y de cualquier limitación en la consecución de resultados.

Responsabilidades del Beneficiario

1. El Beneficiario acepta utilizar el equipo para los propósitos indicados y de acuerdo con la prescripción del médico.
2. El Beneficiario acepta notificar a su Especialista de Punto de Atención sobre cualquier hospitalización, cambio de seguro del beneficiario, cambio de ubicación, dirección, número telefónico o médico o cuando la necesidad de suministros médicos ya no exista.
3. El Beneficiario acepta solicitar el pago de beneficios autorizados de Medicaid u otro servicio de seguro privado sean pagados directamente a *Arrow Health Solutions* por cualquier servicio proporcionado por *Arrow Health Solutions*.
4. El Beneficiario acepta que *Arrow Health Solutions* no será responsable hacia el beneficiario de cualquier lesión personal relacionada con el equipo, incluyendo aquel causado por el uso, funcionamiento inapropiado del equipo o cualquier acto o actividad criminal, de guerra, disturbio, insurrección, fuego o acto de Dios.
5. El Beneficiario entiende y acepta que *Arrow Health Solutions* conserva el derecho de rechazar el despacho de servicio a cualquier paciente en cualquier momento.
6. El Beneficiario acepta cualquier gasto legal resultando del desacuerdo entre las partes que pueda surgir de la parte no cumplidora sobre cualquier acción legal tomada.

Cuando el beneficiario no es capaz de tomar decisiones médicas o de otro tipo, se debe consultar la familiar para guía al respecto.

El beneficiario también recibirá copia de los Estándares de Proveedor CMS Medicare DMEPOS y la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”) – Notificación de Prácticas Privadas.

Estándares CMS Medicare DMEPOS de Proveedor

A continuación una versión abreviada de los estándares que un proveedor Medicare DMEPOS debe cumplir para obtener y conservar privilegios de facturación. Estos estándares están incluidos en su totalidad en 42 C.F.R. 424.57(c) y están vigentes desde el 11 de diciembre del año 2000. Un proveedor debe divulgar estos estándares a todos los pacientes que sean beneficiarios de Medicare (estándar 16).

1. Un proveedor debe cumplir todos los requerimientos de licencias y regulaciones federales y estatales y no podrá contratar con un individuo o entidad para proporcionar servicios licenciados.
2. Un proveedor debe proporcionar información completa y precisa en el formulario de solicitud de DMEPOS. Cualquier cambio en esta información debe ser reportada al *National Supplier Clearinghouse* dentro de 30 días.
3. Una persona autorizada (cuya firma sea vinculante) debe firmar el formulario de solicitud para tener privilegios de facturación.
4. Un proveedor debe completar los pedidos de su propio inventario o contratar con otras compañías para la adquisición de artículos necesarios para cumplir un pedido. Un proveedor no puede contratar con una entidad actualmente excluida del programa de Medicare, de cualquier programa estatal o de ningún otro programa federal de aprovisionamiento o no-aprovisionamiento.
5. Un proveedor debe avisar a los beneficiarios que pueden arrendar o comprar equipos médicos durables económicos o rutinariamente adquiridos y de la opción de compra para equipos médicos en arriendo a precio controlado.
6. Un proveedor debe notificar a los beneficiarios del cubrimiento de garantía, cumplir con todas las garantías bajo la ley estatal aplicable y reparar o reemplazar artículos de Medicare cubiertos por garantía libre, sin costo alguno.
7. Un proveedor debe mantener una instalación física en un lugar apropiado. Este estándar requiere que el sitio sea accesible al público y con personal durante las horas laborables. Este sitio debe tener al menos 200 pies cuadrados y tener espacio para almacenar archivos.
8. Un proveedor debe permitir a CMS o sus funcionarios a realizar inspecciones en el sitio para constatar el cumplimiento del proveedor de estos estándares. El sitio del proveedor debe ser accesible a los beneficiarios durante las horas laborables razonables y tener un aviso visible y mantenerlo durante las horas de funcionamiento.
9. Un proveedor debe mantener un teléfono principal de comercio registrado bajo el mismo nombre de comercio en un directorio local o un teléfono gratuito disponible a través de ayuda del directorio. El uso exclusivo de un beeper, maquina contestadora, servicio de contestador o celular durante el horario de funcionamiento está prohibido.
10. Un proveedor debe tener un seguro por daños por un monto de al menos \$300,000 que cubra tanto el lugar de comercio del proveedor y todos los clientes y empleados del proveedor. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, este seguro también debe cubrir la responsabilidad del producto y su completa operación.
11. Un proveedor debe aceptar no realizar contacto telefónico con los beneficiarios y solo permitido con pocas excepciones. Este estándar prohíbe a los proveedores contactar a beneficiarios de Medicare basado en órdenes verbales del médico a menos que aplique la excepción.
12. Un proveedor es responsable de despachar y debe instruir a los beneficiarios del uso de artículos cubiertos de Medicare y mantener prueba del entrega.
13. Un proveedor debe contestar toda pregunta y responder a quejas de los beneficiarios y mantener documentación de tales contactos.
14. Un proveedor debe mantener y reemplazar sin costo alguno o reparar directamente o a través de un contrato con otra compañía, artículos de Medicare cubiertos que tenga arrendado a beneficiarios.
15. Un proveedor debe aceptar devoluciones de artículos de baja calidad (de menor calidad de un artículo en particular) o artículos inapropiados (inapropiados para el beneficiario al momento que fue utilizado, arrendado o vendido) a los beneficiarios.
16. Un proveedor debe divulgar los estándares de proveedor a cada beneficiario a quien suministra un artículo cubierto por Medicare.

17. Un proveedor debe divulgar al gobierno de cualquier persona que tenga un interés de propiedad, financiera o de control.
18. Un proveedor no debe traspasar o reasignar un número de proveedor (p.ej. un proveedor no puede vender o permitir que otra entidad utilice su número de facturación de Medicare).
19. Un proveedor debe tener un protocolo de quejas establecido para aceptar quejas de los beneficiarios que se relacionen con estos estándares. Se debe mantener un registro de estos estándares en el sitio de comercio físico.
20. Los registros de quejas deben incluir: el nombre, la dirección, el número telefónico y un resumen de la reclamación de seguro de salud y cualquier acción tomada para resolverlo.
21. Un proveedor debe aceptar proporcionar a CMS cualquier información solicitada por los estatutos de Medicare y las regulaciones de implementación.
22. Un proveedor debe estar acreditado por una organización de acreditación aprobada por CMS con el fin de recibir y conservar un número de facturación. La acreditación debe indicar los productos y servicios para los cuales el proveedor está acreditado con el fin que el proveedor reciba pago por esos productos y servicios específicos (con excepción para ciertos productos farmacéuticos exentos). Fecha de implementación – 1 de octubre de 2009.
23. Un proveedor debe notificar a su organización de acreditación cuando abre una nueva ubicación DMEPOS.
24. Todas las ubicaciones del proveedor, propias o subcontratas deben cumplir con los estándares de calidad DMEPOS y ser acreditadas separadamente para poder facturar a Medicare.
25. Un proveedor debe divulgar, a su contratación, todos los productos y servicios, incluyendo la adición de nuevas líneas de producto de las cuales busca acreditación.
26. Un proveedor debe cumplir con los requerimientos de un seguro de caución especificado en 42 CFR 424.57(c). Fecha de implementación – 4 de mayo de 2009.
27. Un proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno licenciado por el estado.
28. Un proveedor debe mantener documentación de solicitud y referencia consistente con las disposiciones incluidas en 42 CFR 424.516(f).
29. Está prohibido que los proveedores DMEPOS compartan una ubicación de comercio con otros proveedores de Medicare.
30. Un proveedor DMEPOS debe permanecer abierto al público al menos 30 horas a la semana con pocas excepciones.

Notificación de Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe como la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y como usted puede lograr acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, conocida como HIPAA, hemos creado esta Notificación de Prácticas de Privacidad (Notificación). Esta notificación describe las prácticas de privacidad y los derechos que usted como individuo posee con relación a la privacidad de su Información de Salud Protegida (ISP). Su ISP es información sobre usted que puede ser utilizada para identificarlo(a) con relación a sus servicios de salud física y mental, pasados y presentes. Las regulaciones HIPAA requieren que protejamos la privacidad de su ISP que hemos recibido o creado.

Cumpliremos los términos presentados en esta notificación. Para cualquier uso o divulgación no incluida abajo (incluyendo el mercadeo y venta de su ISP) obtendremos una autorización por escrito de su parte para ese uso o divulgación, el cual usted tendrá el derecho a revocar en cualquier momento como se explica en mayor detalle a continuación. **Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad y esta notificación.**

Cómo podemos usar y divulgar su ISP

La siguiente es un resumen de las formas en que estamos permitidos por ley de utilizar y divulgar su ISP.

Uso y divulgación del ISP para tratamiento: Utilizaremos su ISP para completar su prescripción médica y coordinar o gestionar su atención de salud.

Uso y divulgación de pagos de ISP: Divulgaremos su ISP con el fin de obtener el pago o reembolso de las aseguradoras por sus servicios de atención de salud.

Uso y divulgación de ISP para operaciones de atención de salud: Podremos utilizar una porción mínima de su ISP para realizar evaluaciones de calidad, actividades y evaluar nuestra fuerza laboral.

A continuación un resumen de algunas formas adicionales en los cuales se nos permite o se nos obliga por ley a divulgar su ISP con o sin su consentimiento escrito.

Uso y divulgación según sea requerido por la ley: Estamos obligados a utilizar o divulgar su ISP según sea requerido y limitado por la ley.

Uso y divulgación para actividades de salud pública: Podremos utilizar o divulgar su ISP a la autoridad de salud pública y autorizada por ley para recopilar información con el fin de prevenir y controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Esto incluye a la FDA para que pueda monitorear cualquier efecto adverso de drogas, comidas, suplementos alimenticios y otros productos requeridos por ley.

Uso y divulgación sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar: Podremos utilizar o divulgar su ISP a una autoridad gubernamental si razonablemente se cree que usted está siendo víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.

Divulgación a individuos involucrados con su tratamiento: Podremos divulgar su ISP a individuos involucrados en su cuidado.

Divulgación para procedimientos judiciales y administrativos: Podremos divulgar su ISP durante el curso de procesos judiciales o administrativos, si se nos presenta la debida documentación para su divulgación.

Divulgación para propósitos de procedimientos policivos: Podremos divulgar su ISP a funcionarios policiales para propósitos autorizados según sea requerido por ley o en respuesta a una orden o citación judicial.

Uso y divulgación sobre personas fallecidas: Podremos divulgar su ISP sobre personas fallecidas o antes de fallecer y con anticipación razonable de su deceso a médicos forenses, medicina legal y directores de funerarias.

Usos y divulgación para propósitos de donación de órganos, ojos o tejido cadavérico: Podremos utilizar y divulgar su ISP para propósitos de adquisición, banco o trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos con propósitos de donación.

Uso y divulgación para propósitos investigativos: Podremos utilizar y divulgar su ISP para propósitos investigativos con una exención de autorización válida aprobada por una junta de revisión institucional o junta privada. De lo contrario, solicitaremos una autorización firmada del individuo para todos los demás propósitos investigativos.

Uso y divulgación para prevenir una amenaza seria a la salud o a la seguridad: Podremos utilizar y divulgar su ISP si se cree de buena fe y que sea consistente con la ley aplicable y estándares de conducta ética para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.

Uso y divulgación para funciones de gobierno especializados: Podremos utilizar y divulgar su ISP para funciones gubernamentales especializadas incluyendo actividades militares o de veteranos de guerra, seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección, funciones de Departamento de Estado, institutos penales y situaciones de custodia policiva.

Divulgación para indemnización de trabajadores: Podremos divulgar su ISP según sea autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes de indemnización laboral o programas establecidos por ley.

Divulgación para propósitos de socorro de desastres: Podremos divulgar su ISP según sea autorizado por la ley a una entidad pública o privada con el fin de ayudar en los esfuerzos de atención de desastres y para notificación de familia o representante personal.

Divulgación para socios de negocio: Podremos divulgar su ISP a nuestros socios comerciales por servicios que puedan proporcionar a o para nosotros para asistirnos a suministrar atención de salud de calidad. Para garantizar la privacidad de su ISP, requerimos que todos los socios comerciales apliquen las salvaguardas apropiadas a los ISP que reciban o creen.

Otros usos and divulgaciones

Podríamos contactarlo para los siguientes propósitos:

Información sobre alternativas de tratamiento: Podremos contactarlo(a) para notificarle de tratamientos/productos alternativos.

Servicios o beneficios relacionados con la salud: Podremos divulgar su ISP para notificarle sobre beneficios y servicios que proporcionamos.

Recaudación de fondos: Si participamos en actividades de recaudación de fondos, podremos utilizar su ISP demográfica para enviarle una propuesta de donación o podremos divulgar su ISP demográfica a socios comerciales o una fundación institucionalmente relacionada para que ellos le envíen un paquete de donación. No se permitirá mayor divulgación a socios comerciales o a una fundación institucionalmente relacionada sin su autorización escrita. A usted se le suministrará una oportunidad de negar toda actividad de donación (recaudación de fondos) a futuro.

Para todos los demás usos y divulgaciones

El siguiente es un listado de sus derechos como respeto a su ISP. Favor contactar a *Arrow Health Solutions* para mayor información sobre lo que se encuentra a continuación.

Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgación de su ISP: Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales a nuestros usos y divulgaciones de su ISP. No estamos obligados a aceptar una solicitud, excepto que estemos obligados a aceptar una solicitud para restringir divulgaciones a planes de seguro de salud relacionados con los productos y servicios que usted paga de su bolsillo.

El derecho que su ISP sea comunicado a usted por medios o ubicaciones alternativas: Usted tiene el derecho de solicitar confidencialidad al utilizar una dirección o número telefónico diferente de su lugar de vivienda. Sin embargo, las leyes estatales y federales nos obligan a tener una dirección y teléfono fidedigno en caso de emergencia. Consideraremos todas las solicitudes razonables.

Derechos de inspeccionar/obtener una copia de su ISP: Usted tiene el derecho de solicitar acceso u obtener una copia de su ISP en nuestros archivos por el tiempo que mantengamos su ISP. Podrá haber un cargo basado en un costo razonable para el fotocopiado de documentos. Usted será notificado(a) por anticipado de tales cargos, si los hubiere.

El derecho de enmendar su ISP: Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su ISP que mantenemos sobre usted, si siente que la ISP que mantenemos sobre usted es incorrecta o incompleta. Bajo ciertas circunstancias, podremos negar su solicitud de enmienda. Si negamos su solicitud, usted tiene el derecho que la negación sea revisada por alguien que designemos que no estuvo involucrado(a) con la revisión inicial. Usted también puede solicitar a la Secretaría de Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services - HHS*) o su designado para que revisen tal negación.

El derecho de recibir un resumen de divulgaciones de su ISP: Usted tiene el derecho de recibir un resumen de ciertas divulgaciones de su ISP realizada por nosotros.

El derecho de recibir copias adicionales de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de recibir copias adicionales en papel de esta Notificación a solicitud, aun si usted inicialmente aceptó recibir la notificación de forma electrónica.

Notificación de violaciones: Usted será notificado(a) de cualquier violación que haya comprometido la privacidad de su ISP.

Revisiones a la Notificación de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de cambiar/revisar esta Notificación y hacer una nueva versión revisada aplicable a toda ISP recibida antes de su fecha efectiva. También publicaremos la versión revisada de esta notificación en nuestras instalaciones.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá presentar una queja a nosotros o al Secretario de HHS o a su designado. Si desea presentar una queja a nosotros, favor contactar a *Arrow Health Solutions*. Si usted desea presentar una queja con el Secretario favor escribir a:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/about/rgn-hqaddresses.html>

No tomaremos ninguna acción adversa contra usted como resultado de una queja de su parte.

Información de contacto

Si usted tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o para una clarificación de cualquier asunto incluido en la notificación, por favor contactar:

Números telefónicos:

(346) 328-4800

(866) 328-4800

Fax:

(888) 584-8160

Arrow Health Solutions
2929 FM 2920 Rd.
Spring, TX 77388

Recomendaciones de Preparación de Emergencias

Una emergencia es un evento no planeado que puede causar perjuicio o daño a las personas o propiedad. Las emergencias pueden tener numerosas consecuencias para empleados, proveedores, miembros y el público en general, resultando en un servicio de menor grado por un periodo de tiempo o que temporalmente haga cerrar las instalaciones para recuperación y reparación. Como los miembros de *Arrow Health Solutions* residen a través del estado, el listado de eventos que pueden impactar a nuestros miembros, suministros y personal es amplio. Esto incluye, pero no se limita a:

- Clima tropical a lo largo de la costa del golfo
- Amenazas de tornado en el “Panhandle”
- Incendios forestales en el oeste de Texas
- Clima severo e inundaciones
- Emergencia civil que requiera la evacuación o la capacidad buscar refugio in situ

Arrow Health Solutions recomienda los siguientes recursos para ayudar a la preparación de miembros durante una emergencia:

- **Registro de Evacuación de Emergencia para Personas con Necesidades Especiales – 211**
Hay asistencia disponible para personas que:
 - Tienen una discapacidad o necesidad de salud especial y requieren ayuda para la evacuación;
 - No puedan conducir y no puedan organizar su transporte;
 - No conduzcan un vehículo y no tengan a nadie quien les asista; o
 - Desean registrarse pero no están seguros si habitan en una zona de evacuación.
- **Registrarse con su compañía local de servicios públicos como un hogar con residentes con necesidades médicas especiales**
<https://www.opuc.texas.gov/customerprotection.html>
- **Información de preparación para individuos con necesidades médicas especiales**
<http://www.togetheragainsttheweather.com/materialsForDownload.shtml>
Si usted se mantiene informado, sabrá cuando un desastre será inminente. Asegúrese de mantenerse al día con información de sus autoridades locales y los medios. Muchas jurisdicciones ofrecen notificaciones por texto o correo electrónico. No confíe en una sola fuente –manténgase informado(a) utilizando múltiples fuentes de información.
- **Mantenga una reserva de recursos (Kit de Desastres) para el cuidado de 7 días para cada residente**
Lo básico es tener suficiente comida y agua para que dure al menos entre 5 y 7 días. Luego comience a pensar en otras necesidades. Haga un listado de las cosas que utiliza todos los días. No se preocupe por comprar todo de una sola vez. En su lugar, compre algunas cosas adicionales cada vez que visita una tienda.