

التاريخ _____ الاسم القانوني _____
(الاسم الأول) (الاسم الأخير)
(الاسم الأوسط)
الاسم المفضل أو الاسم المستعار _____
الجنس المذكور في التأمين _____ الحالة الاجتماعية: _____
متزوج _____ مطلق _____ أعزب _____ أرملة/ أرمل _____
الهاتف الخليوي _____ إذا كنت ترغب في تلقي رسائل نصية للتذكير بشأن الموعد، الرجاء التحقق من هنا ☐
طريقة التواصل المفضلة (ضع دائرة حول واحدة): البريد الإلكتروني _____ الهاتف المنزلي _____ الهاتف اليومي _____ الهاتف الخليوي _____
ما هي لغتك الأولى؟ _____
لديك الحق في الحصول على مترجم دون أي تكلفة. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، الرجاء إخبار الطبيب أو منسق المكتب.
اسم صاحب العمل _____ رقم هاتف صاحب العمل _____
عنوان مقر صاحب العمل (المدينة/الدولة) _____
كيف سمعت عن أثلاتيكو؟ (يرجى وضع دائرة حول إحدى الإجابات أدناه)
إعلان الإنترنت موقع أثلاتيكو المدرسة النادي الرياضي فنون الأداء التأمين
فريق رياضي محترف سابق مجموعة التدريب على التحمل موقع/ لافتة أثلاتيكو حالة من طبيب أخرى الرجاء تحديد اسم/ منظمة:
الموافقة على الاتصال بالبريد الإلكتروني _____
أوافق على أن تتصل بي أثلاتيكو عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي: _____
الموافقة على الاتصال الشفوي _____
أوافق على أن يتلقى كل من الأفراد التالية الاتصال الشفوي فيما يتعلق بمعلومات الفوترة والدفع للخدمات العلاجية المقدمة نيابة عني. أدرك أن هذا لا يمثل إذنًا
بالكشف عن المعلومات الصحية المكتوبة الخاصة بي.
الاسم _____ العلاقة _____
الاسم _____ العلاقة _____
الاسم _____ العلاقة _____
أدرك أنهم قد يتصل أفراد أثلاتيكو برقم هاتف المنزل أو رقم بديل آخر وترك بريد صوتي أو شخصيًا بالإشارة إلى بنود التذكيرات بالموعد أو التأمين أو الفواتير.
كما أعطي التصريح أيضًا بالكشف عن معلومات الموعد الواردة في البريد الصوتي، أو جهاز الرد على المكالمات أو الرسائل النصية وأدرك أن هناك مستوى
معين من مخاطر الخصوصية المرتبطة بأشكال الاتصالية هذه.
معلومات الاتصال في حالات الطوارئ
شخص للاتصال في حالة الطوارئ: _____
الاسم _____ العلاقة _____ رقم الهاتف _____
معلومات الطب
طبيب الحالة _____ الهاتف _____
العنوان _____
موعد الطبيب التالي: التاريخ _____ الوقت _____
هل لديك طبيب رعاية أولية؟ _____ نعم _____ لا _____
إذا كان الجواب نعم، هل تريد منا أن نرسل نسخاً من المراسلات إلى طبيب الرعاية الأولية الخاص بك؟ الرجاء إكمال:
طبيب الرعاية الأولية _____ الهاتف _____
العنوان _____
التأمين _____

If you have any questions, please contact the Athletico Corporate office:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

هل تحققت من فوائد العلاج الخاص بك مع تأمينك؟ نعم لا
هل تلقيت العلاج الطبيعي/المهني خلال هذه السنة التقويمية؟ نعم لا
كم عدد جلسات العلاج التي تلقيتها خلال هذه السنة التقويمية؟ (بما في ذلك المعالجة بتقويم العمود الفقري)

حادث السيارة

هل هذا حادث سيارة؟	نعم	لا	تاريخ الحادث
في أي مدينة وولاية وقع هذا الحادث؟			
اسم المحامي/مكتب المحاماة	هاتف المحامي	هل هذه قضية؟	نعم
		لا	

مخيم العمل

هل هذه إصابة مخيم عمل معتمدة؟ نعم لا تاريخ الإصابة _____

في أي مدينة وولاية وقعت هذه الإصابة؟ _____ اسم الوظيفة _____

اسم المحامي/مكتب المحاماة _____ هاتف المحامي _____

*الرجاء التأكد من ملء معلومات صاحب العمل في الصفحة السابقة.

معلومات طبية إضافية

هل أنت حامل؟ إذا كان جوابك بنعم، في كم أسبوع؟ هل واجهتِ أي آلام متعلقة بالحمل؟

هل تدخنين؟ نعم أبداً أقلعت

إذا كانت الإجابة بنعم، كم عدد الحزم/اليوم؟ عدد السنين؟ إذا كنت أقلعت، متى؟

هل تشربين الكحول؟ نعم لا عدد المشروبات في الأسبوع:

السؤال بشأن الصحة الحوضية

إذا كنت تعاني من أي من المشاكل المذكورة أدناه، الرجاء وضع علامة على المربع ويمكن للمعالج الخاص بك مناقشة خيارات العلاج الممكنة معك. هل لديك تاريخ من اضطرابات الحوض (أي سلس بول/سلس الإجهاد، أو ثقل في قاع الحوض، أو ألم في البطن أو الحوض/المثانة، أو حركة أمعاء غير منتظمة)؟

نعم ☐

الأدوية والعقاقير

الرجاء توفير أسماء جميع الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية والأدوية دون وصفة طبية التي تتناولها حالياً. يمكننا نسخ قائمة مفصلة إذا كان لديك واحدة.

[illegible]

روتين الممارسات/الأنشطة الترفيهية

ما هو مستوى نشاطك الحالي؟ (ضع دائرة حول واحدة أدناه)

قعدة	منخفض النشاط	متوسط النشاط	مرتفع النشاط	مفرط النشاط
كم عدد الأيام في الأسبوع التي يمكنك أن تقوم بروتين لياقة بدنية عادى؟				

تتوافق أثلاثيكم مع قوانين الحقوق المدنية، ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة أو الجنس.

If you have any questions, please contact the Athletico Corporate office:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

8/1/18

1. **الموافقة علي العلاج:** وبموجب هذا، أوافق وأفوض المعالج الطبيعي، والمعالج المهني والمتخصصين والمساعدين الآخرين في مجال الرعاية الصحية الذين قد يشاركون في رعايتي، لتوفير الرعاية والعلاج التي يحددها طبيبي و/أو تعتبر ضرورية أو يوصي بها طبيبي أو المعالج الطبيعي أو المعالج المهني أو سائر المتخصصين في الرعاية الصحية. أدرك أن تشخيص العلاج الطبيعي ليس تشخيصاً طبياً من قبل طبيب. أدرك أن علاجي قد يشمل تقنيات يمكن أن ينتج عنها كدمات، واحمرار بالجلد، وآلام بعد العلاج وورم دموي، بما في ذلك، دون الحصر، تخفيف الضغط المتعلق باللفافة العضلية وتقنييد جريان الدم، وتعبئة الأنسجة الرخوة المساعدة، والعلاج باستخدام Asym® أو Graston® Technique، وتحليل فيديو الرمي وتحليل فيديو المشي. أدرك أنني اتحمل مسؤولية إبلاغ المعالج الطبيعي أو المعالج المهني أو أي متخصص آخر بالرعاية الصحية بشأن ما قد إذا كنت تعرضت لأي تعب أو ألم خلال أي علاج أو إذا كان لدي شواغل أخرى عالقة بشأن علاجي. أدرك أن الاستجابة لتدخل العلاج الطبيعي تختلف من شخص إلى آخر، ومن الممكن أن يؤدي العلاج إلى تفاقم الأعراض الموجودة أو قد يسبب ألم أو إصابة.

2. **اتفاق الحضور بالموعد:** أدرك أهمية الحضور للمعالجة باستمرار، وجدولة المواعيد مسبقاً والوصول إلى مواعيدي دون تأخير. أقر بأنه قد يتم إعادة جدولة مواعيدي حال وصولي متأخراً لأكثر من 15 دقيقة عن مواعيدي المحدد. أدرك وأقر بأن أوقات الموعد الممنوحة أسبوعاً واحداً قد لا تكون متاحة في الأسابيع اللاحقة. أوافق على تقديم إخطار لا يقل عن 24 ساعة عندما احتاج إلى إلغاء أو إعادة جدولة موعد وأدرك أن إلغاء، أو الفشل في الحفاظ على موعد بإخطار بمهلة أقل من 24 ساعة سيؤدي إلى رسوم إلغاء/إلغاء حجز قدره 30 أو 60 دولار اعتماداً على نوع الموعد.

تعويضات المرضى من العمال: أدرك أنه يتطلب من أثلاتيكو إبلاغ ضابط تعويض العمال و/أو مدير التأهيل بشأن جميع المواعيد الفائتة أو الملغاة. أدرك أنه يجب إعادة جدولة الزيارات المنزلية التي فقدتها.

3. **المسؤولية عن الدفع:** تكون جميع المدفوعات المشتركة وخدمات تحمل النفقات (أي VTA، VGA، Graston، Astym، إلخ) مستحقة وقت تقديم الخدمة. أقر أنه بالنظر في الخدمات التي قدمتها لي أثلاتيكو، أكون مسؤولاً مالياً لدفع فاتورتني. أقر أنه من مسؤوليتي توفير أثلاتيكو بمعلومات التأمين الحالية الخاصة بي وأن أكون على دراية بشأن خطة التأمين وسياساتها. يجب توجيه أي أسئلة قد تكون لدي بخصوص تغطية التأمين الصحي أو مستويات الفائدة إلى خطتي الصحية. قد توفر خطة التأمين الصحي الخاصة بي كل أو جزء من الرسوم وسيبقى الرصيد مسؤوليتي الشخصية، مثل الخصومات، أو الدفع المشترك، أو التأمين المشترك أو الرسوم التي لا يغطيها أو يرفضها التأمين الصحي، أو الرعاية الطبية، أو برامج أخرى أكون مؤهلاً للحصول عليها. أوافق على دفع هذه المبالغ التي تكون ضمن مسؤوليتي. أدرك أن أثلاتيكو سترسل فاتورة ناقل التأمين الشخصي على سبيل المجاملة، ولكن سأكون مسؤولاً في النهاية عن أي مبالغ مستحقة. إذا أصبحت إجراءات التحصيل الرسمية ضرورية، سأكون مسؤولاً عن أي تكاليف متكبدة إضافية كنتيجة لإجراءات التحصيل.

إذا دفعت تدفع أي مبلغ بشيك، فأنا بموجب هذا، أفوض أثلاتيكو لاستخدام المعلومات الموجودة في الشيك لإجراء عملية تحويل الأموال الإلكتروني (EFT/ACH) لمرة واحدة أو حوالة مسحوبة من حسابي. أدرك أنه إذا تم معالجة مدفوعي كتحويل أموال إلكتروني، قد يتم سحب الأموال من حسابي في أقرب وقت وفي نفس اليوم، ولن ألتقي الشيك الخاص بي مرة أخرى من المؤسسة المالية.

يرجى ملاحظة أن رفض التوقيع على هذا النموذج لا يغير من مسؤولية الدفع بأي شكل من الأشكال.

4. **تعيين الاستحقاقات:** وبموجب هذا، أفوض أثلاتيكو للتصرف في جميع الحقوق والمطالبات المتعلقة بالتسديد بموجب سياسة التأمين الصحي الخاصة بي. أوافق على التعاون مع أثلاتيكو وتوفير هذه المعلومات كما هو مطلوب لتعيين أهليتي لهذه الاستحقاقات.

5. **الوصول إلى المعلومات الصحية والكشف عنها:** أدرك أن أثلاتيكو قد توثق المعلومات الطبية والمعلومات الأخرى المتصلة بعلاجي إلكترونياً وفي أشكال أخرى وستستخدم تلك المعلومات أثناء علاجي، لأغراض الدفع ولدعم كل من يقوم برعايتي. أفوض طبيبي (أطباي) والموظفين الإداريين بأثلاتيكو للاتصال بالمتخصصين الآخرين بالرعاية الصحية الذين قد يكون لديهم معلومات تتعلق بظروفي الصحية السابقة والحالية والعلاج. أقر بأنني قد تلقيت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بأثلاتيكو، وأنها تحدد كيفية استخدام والكشف عن معلوماتي الصحية، وكيف يمكنني الوصول إلى والتحكم في معلوماتي الصحية.

أقر بأنني قد تلقيت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بأثلاتيكو، وأنها تحدد كيفية استخدام والكشف عن معلوماتي الصحية، وكيف يمكنني الوصول إلى والتحكم في معلوماتي الصحية. (يرجى تحديد مربع)

☐ بتوقيعي أدناه، أشهد أنني قد قرأت، وأدركت، وأوافق تماماً على كل من البيانات الواردة في هذه الوثيقة وأوقع أدناه بحرية وطواعية.

اسم المريض مطبوع

التاريخ

توقيع المريض أو الشخص المسؤول قانوناً

التاريخ

اسم المذكورين أعلاه مطبوع (إن لم يكن المريض)

تتوافق أثلاتيكو مع قوانين الحقوق المدنية، ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة أو الجنس.

Updated 07/03/18

لديك حقوق معينة فيما يخص معلوماتك الصحية. يشرح هذا القسم حقوقك وكيفية ممارستها.

ARABIC NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

حقوقك

اطلب لائحة تحدد كشف ومع من تشاركنا المعلومات

- يمكنك طلب قائمة ببعض الشكاوى حول معلوماتك الصحية ، إن وجدت. لن تتضمن هذه القائمة الإفصاحات المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو الإفصاحات المحددة التي قد تكون طلبتها منا.
- سنشمل كل المعلومات الصحية التي كشفت لست سنوات قبل التاريخ الذي طلبته.
- سنوفر لك ذلك مرة في السنة مجاناً لكننا سنطلب منك رسماً معقولاً مبنياً على التكلفة في حال طلبته مرة أخرى ضمن ٢١ شهراً.

احصل على نسخة من إشعار الخصوصية هذا.

- يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت ، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونياً. سوف نوفر لك نسخة ورقية على الفور.

حماية معلوماتك الصحية مهم بالنسبة لنا

- القانون يطلب منا المحافظة على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية. يتوجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموصوفة في هذا الإشعار.
- في حال كنت قلقاً بخصوص انتهاكنا لحقوق خصوصيتك، بإمكانك الاتصال بموظف الخصوصية لدينا على 630-575-2691 أو زيارة www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ بإمكانك أيضاً رفع شكوى كتابية إلى وزير الخدمات الصحية والبشرية الأمريكية. لن يكون هناك أي انتقام مقابل رفع الشكوى.
- الرجاء تقديم طلب خطي في حال رغبت في ممارسة أي من حقوقك المذكورة أعلاه. ستتوفر الاستمارات عند الطلب في أي من منشأتنا أو من خلال الاتصال بالرقم الموجود في نهاية هذا الإشعار.

احصل على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي

- بإمكانك طلب رؤية أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي. يمكنك تقديم طلبك خطياً.
- سنوفر نسخة أو ملخصاً عن معلوماتك الصحية خلال 30 يوماً من تاريخ طلبك. قد نطلب منك رسوماً معقولة مبنية على التكلفة.

اطلب منا تصحيح أو تعديل سجلك الطبي

- يمكنك أن تسألنا كتابةً لتصحيح المعلومات الصحية الخاصة بك التي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة.
- قد نقول «لا» لطلبك ، لكن سنكتب لنخبرك عن السبب.

اطلب مراسلات سرية

- بإمكانك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة معينة (مثلاً عبر الهاتف الخليوي) أو أن نرسل لك بريداً لعنوان مختلف. سنجيب الطلبات المعقولة.

اطلب منا تحديد أو حصر ما نستخدم أو نشارك

- بإمكانك أن تطلب منا عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة للعلاج والدفع أو عملياتنا.
- ليس من المطلوب منا الموافقة على طلباتك وقد نجيب ب «لا» في حال قد يؤثر ذلك على العناية بك.
- في حال دفعت لخدمة أو مادة رعاية صحية من مالك الخاص بالكامل يكون بإمكانك أن تطلب منا عدم مشاركة المعلومات لغرض الدفع أو عملياتنا مع تأمينك الصحي.
- سنجيب ب «نعم» إلا في حال يطلب منا القانون مشاركة هذه المعلومات.

الإشعار عند حدوث خرق

- سنعلمك في حال حدوث خرق لمعلوماتك الصحية.

استخداماتنا و كشافاتنا

قد نقوم باستخدام وكشف معلوماتك الصحية دون تفويض كتابي منك للأغراض التالية:

الدفع

- بإمكاننا استخدام وكشف معلوماتك الصحية للمحاسبة وقبض المدفوعات مقابل خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- فمثلاً، قد نتصل بمؤمنك ليدفع لنا مقابل الخدمات التي قدمنها لك.

الاتصال بالمريض

- قد نتصل بك لنحدد أو نذكرك بمواعيد مستقبلية أو لأمر المحاسبة والدفع.

المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي تتلقاه

- قد نستخدم معلوماتك الصحية في توفير وتنسيق رعايتك الصحية. مثلاً، قد يكشف المعالج الفيزيائي معلوماتك الصحية عند استشارة طبيب العناية الأولية الخاص بك بخصوص حالتك الطبية.

عمليات الرعاية الصحية

- قد نستخدم أو نكشف معلوماتك الصحية لمراقبة ودعم العملية في منشأتنا.
- فمثلاً، تقييم نوعية الخدمات المقدمة، و تنفيذ الرخص واعتماد النشاطات ومهام إدارية أخرى.

v. 4/1/18

الصحة العامة والمسائل المتعلقة بالسلامة

- قد نشارك معلوماتك الصحية في مواقف معينة، مثلاً، الوقاية من مرض، الإبلاغ عن اشتباه سوء معاملة أو عنف منزلي، أو الوقاية أو التخفيف من خطر محقق بصحة أو سلامة أي أحد.

تطبيق القانون والمهام المتخصصة للحكومة

- قد نكشف معلوماتك الصحية لأغراض تطبيق القانون كما هو مسموح في القانون. في ظل ظروف معينة، قد نكشف المعلومات الصحية لوحدة الحكومة ذات المهام المتخصصة كالجيش الأمريكي تجاوباً مع الطلبات كما هو مسموح في القانون.

الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية

- قد نكشف معلوماتك الصحية استجابة لمحاكمة أو أمر إداري، أو استجابة لاستدعاء أو طلبات قانونية مشابهة.

إلى شركاء العمل

- قد نكشف معلوماتك الصحية إلى «شركائنا في العمل» - أفراد أو شركات تقدم الخدمات إلى Athletico.
- فمثلاً، شريك عمل قد يشمل الشركة التي تدير مطالبات الفواتير لصالح Athletico. في جميع الحالات، نطلب من شركائنا في العمل حماية خصوصية معلوماتكم بشكل مناسب..

إلى الآباء والأوصياء القانونيين للقصر

- كما هو مسموح بالقانون الفيدرالي وقانون الولاية، قد نكشف المعلومات الصحية الخاصة بالقصر للآباء والأوصياء.

معلومات شديدة السرية

- توفر القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية حماية خصوصية إضافية لمعلومات صحية سرية معينة. تشمل المعلومات التي نتعامل مع الصحة العقلية، مرض نقص المناعة المكتسبة، علاج ادمان الكحول والمخدرات.

أفراد الأسرة وأخرون مشاركون في رعايتك

- في حال لم تعارض، قد نكشف معلومات صحية ذات صلة لفرد من العائلة، قريب أو صديق مقرب مشارك في العناية بك أو في دفع مصاريف عنايتك.
- فمثلاً، قد نشارك معلومات مع فرد من الأسرة ليساعدك في فهم عنايتك، التعامل مع فواتيرك، وبرمجة المواعيد.

تعويض العاملين

- قد نكشف معلوماتك الصحية إلى الحد المفوض أو الضروري للامتثال للقوانين المتعلقة بتعويض العاملين أو برامج أخرى مشابهة معترف بها قانونياً. هذه البرامج توفر الفوائد للإصابات والأمراض المرتبطة بالعمل.

كما هو مطلوب بالقانون

- قد نكشف معلومات صحية خاصة بك عند طلبها من قبل القانون الفيدرالي، قانون الولاية، أو القانون المحلي.

نشاطات الرقابة الصحية

- قد نستخدم أو نكشف معلومات صحية خاصة بك لمنظمات الرقابة الصحية من أجل نشاطات مرخصة قانونياً.
- فمثلاً، تشمل نشاطات الرقابة التدقيق، التحقيقات والتفتيشات اللازمة حتى تراقب الحكومة نظام الرعاية الصحية..

مراسلات التسويق

- قد نستخدم أو نكشف معلومات صحية خاصة بك مع منظمات الرقابة الصحية لتتصل بك بخصوص خدمات علاج، منتجات أو مواقع جديدة نعتقد أنها قد تهمك.

الأبحاث

- قد نستخدم معلوماتك الصحية لأغراض البحث في ظروف معينة وبتفويض منك.

الاستخدامات والنشر طبقاً للتفويض

قد يحصل استخدام أو كشف آخر غير المذكور أعلاه لكن بعد موافقتك الخطية. يجوز لك سحب تفويضك في أي وقت ، كتابياً ، ولكن هذا لن يؤثر على أي استخدام أو إفشاء قمنا به بناءً على هذا التفويض.

تغييرات شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار وستطبق التغييرات على المعلومات التي لدينا عنك. الإشعار الجديد سيكون متاحاً عند الطلب، منشوراً في كل من منشأتنا وعلى موقعنا athletico.com.

ينطبق إشعار ممارسات الخصوصية على Athletico Holdings, LLC ، شركة ذات مسؤولية محدودة وشركاتها التابعة وشركاتها التابعة التابعة الموجهة (بما في ذلك دون التحديد) ، شركة محدودة والشركات التابعة لها) (مجموعة Athletico). الرجاء زيارة موقعنا للحصول على اللائحة الكاملة بمواقع Athletico.

في حال كان لديك أي أسئلة أو تود مناقشة هذا الإشعار بمزيد من التفصيل، الرجاء الاتصال بموظف الخصوصية على الرقم 630-575-1962 أو compliance@athletico.com. يجري العمل بهذا الإشعار من 1 نيسان 2018.