

日期 _____ 正式姓名 _____
(名) (姓) (中间名)

首选姓名或别名 _____

在保险中列出的性别 _____ 婚姻状况: 已婚 离婚 单身 寡妇/鳏夫

手机号码 _____ 如果您希望收到提醒会面的文本信息, 请在此处打勾 ☐

首选的通信方式 (圈注一个): 电子邮件 家庭电话 白天电话 手机

你的主要语言是什么? _____

你有权免费请翻译。如果您需要这些服务, 请通知您的临床医生或办公室协调员。

雇主姓名 _____ 雇主电话 _____

雇主总部地址 (市/州) _____

你是怎么听说 Athletico 的? (请在下面圈注一个)

广告 互联网 Athletico 网站 学校 俱乐部体育 表演艺术 保险
专业运动队 比赛 耐力训练组 Athletico 地点/标牌 医师推荐 其他

请标明姓名/机构名称: _____

同意通过电子邮件通信

我同意 Athletico 通过以下电子邮件地址联系我: _____

同意口头交流

我同意下列人士接受口头沟通, 用以支付我治疗服务的账单和沟通付款信息。我知道, 这并非授权披露我的书面健康信息。

姓名 _____ 关系 _____

姓名 _____ 关系 _____

姓名 _____ 关系 _____

我知道 Athletico 人员可以拨打我的家庭电话号码或其他备用号码, 并留语音留言或个人留言, 用以提醒预约, 保险或帐单项目。我还授权在语音留言、留言机或短信中公开预约信息, 并了解这些通信形式存在一定程度的隐私泄露风险。

紧急联系信息

紧急情况下联系人:

姓名 _____ 电话号码 _____ 关系 _____

医生信息

介绍医生 _____ 电话 _____

地址 _____

下一次医生预约: 日期 _____ 时间 _____

您有主要的保健医生吗? 有 没有

如果有, 是否希望我们将信函副本发送给您的主要的保健医生? 请填写:

主要的保健医生 _____ 电话 _____

地址 _____

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

8/4/2018

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

保险

您是否与您的保险公司核对了您的理疗福利? 有 没有

您是否在这个日历年内接受过身体/职业理疗吗? 有 没有

在这个日历年中您接收过多少次疗程? (包括脊椎矫正) _____

汽车事故

这是车祸吗? 是 不是 车祸的日期 _____

车祸发生在哪个城市和州? _____ 这是法律诉讼吗? 是 不是

律师姓名/事务所名称 _____ 律师电话 _____

工伤赔偿

这是被批准的工伤赔偿吗? 是 不是 受伤的日子 _____

受伤发生在哪个城市和州? _____ 工作职位 _____

律师姓名/事务所名称 _____ 律师电话 _____

* 请确保在上一页填写雇主信息。

其他医疗信息

您怀孕了吗? 如果是, 有多少周? _____ 你经历过妊娠相关的疼痛吗? _____

您抽烟吗? 是的 从来不 戒烟

如果是, 多少包/天? _____ 多少年? _____ 如果戒烟, 从什么时候开始? _____

您喝酒吗? 是 没有 每星期喝几瓶: _____

盆腔健康问题

如果您遇到下面列出的任何问题, 请在下面的方框中打勾, 您的治疗师可能会与您讨论可能的治疗方案。你有盆腔疾病的病史 (如尿急/压力失禁, 盆底沉重, 骨盆/膀胱或腹痛, 不规则的排便) 吗? 是的 ☐

药物

请提供您目前服用的所有药物、维生素、补品和非处方药物的名称。如果您需要, 我们可以提供一份详细名单的复印件。

药物名称	多少 (药量)	用药频率	怎么服用(圈注一种)					
_____	_____	_____	药膏	药片	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	药膏	药片	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	药膏	药片	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	药膏	药片	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	药膏	药片	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	药膏	药片	滴	贴剂	注射	吸入器

休闲活动/锻炼常规

您当前的锻炼程度是什么? (圈注以下一种)

久坐 轻微活动 中度活动 经常活动 非常积极活动

你一般每周要做多少天的健身活动? _____

Athletico 符合适用的民法法, 不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人。

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

1. 同意接受治疗: 我在此同意并授权我的理疗师、职业治疗师和其他可能参与我的护理的保健专业人员, 提供我的医生规定的护理和治疗, 和/或我的医生、理疗师、职业治疗师或其他保健专业人员认为必要的或可取的护理和治疗。我知道物理治疗诊断不是医生诊断。我知道我的治疗可能包括可以导致瘀伤, 皮肤变红, 治疗后酸痛和血肿的技术, 包括, 但不限于, 肌筋膜减压和血液流量限制, 辅助软组织激活, Asytm®或 Graston Technique®, 视频投射分析和视频步态分析。我知道, 如果我在任何治疗中遇到任何不适或疼痛, 或如果我有其他与我的治疗有关未解决的问题, 我有责任通知我的理疗师、职业治疗师或其他保健专业人员。据我所知, 对理疗干预的反应因人而异, 治疗可能会加重现有症状, 或可能造成疼痛或伤害。

2. 预约出勤协议: 我了解持续接受治疗, 提前安排预约, 并及时赴约的重要性。我明白, 如果我比约定时间迟到 15 分钟, 我可能会被重新安排日程。我理解并明白, 某一个星期的预约时间并不能保证在接下来的几周内有同样的预约时间。当我需要取消或重新安排预约时, 我同意提供最少 24 小时的通知, 而我知道少于 24 小时通知的预约取消或失约, 根据预约类型, 会导致 30 元或 60 元的取消预约/不到场费用。

接受职工补偿的病人: 我知道, Athletico 需要把我所有错过的或取消的预约通知我的职工补偿调解员和/或康复经理人。我知道任何错过的约定都必须重新安排时间。

3. 付款责任: 所有自费部分 (即 Astym、Graston、VGA、VTA 等) 需要在治疗时付清。我明白, 对 Athletico 提供给我的服务, 我在财政上有义务支付我的账单。我明白我有责任向 Athletico 提供我目前的保险信息, 并熟悉我的保险计划及其政策。任何关于我的健康保险覆盖面或福利水平的问题都应该询问我的健康保险计划。我的健康保险计划可能规定, 全部或部分的费用和余额将由我个人负担, 比如我的预先自费部分, 固定共同支付部分, 按比例共同支付部分, 或我有权享受的健康保险, 老年医疗保险, 或其他项目不包括或拒绝的费用。我同意支付任何此类款项, 这是我的责任。我知道, Athletico 将会首先给我的保险公司寄账单, 但我最终应对任何欠款负责。如果需要正式的讨债程序, 我需负责这类讨债程序造成的任何额外费用。

如果我用支票支付任何金额, 我特此授权 Athletico 使用支票中的信息来处理一次性电子资金转账 (EFT/ACH) 或直接从我的帐户中提取。我知道, 如果我的付款作为一个转账, 资金可能会从我的帐户在当天转走, 我不会收到金融机构退还的支票。

请注意, 拒绝签署此表格不会以任何方式改变支付的责任。

4. 福利的转让: 我特此准予 Athletico 使用我的健康保险政策下的所有权利和报销要求。我同意与 Athletico 合作, 并提供必要的资料, 以确定我是否有资格获得这些福利。

5. 获得和发布健康信息: 我知道 Athletico 可以用电子和其他形式记录与我的治疗有关的医疗和其他信息, 并将在我的疗程中使用这些信息, 以便于付款和支持那些照顾我的人。我授权我的临床医生和 Athletico 的管理人员与其他医疗专业人员联系, 这些专家可能有与我以前和目前的健康状况和治疗有关的信息。我承认, 我收到了 Athletico 的**隐私执行通知**, 它概述了如何使用和披露我的健康信息, 以及我如何能够获得和控制我的健康信息。

☐ 我承认, 我收到了 Athletico 的**隐私执行通知**, 它概述了如何使用和披露我的健康信息, 以及我如何能够获得和控制我的健康信息。(请在框中打勾)

根据以下我的签名, 我证明我已经阅读, 理解, 并完全同意本文件中的每一个声明, 并且我的签名是自由和自愿的。

病人的打印体姓名

病人或法律责任人的签字

日期

上面签字的打印体姓名 (如果非患者本人)

日期

Athletico 遵守适用的民权法, 不以种族、肤色、民族出身、年龄、残疾或性别为依据歧视病人。

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

当涉及到你的健康信息, 你有一定的权利。本节将解释您的权利以及如何行使它们。

MANDARIN NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

您的权利

收到您的医疗记录的电子或纸质副本

- 您可以要求查看或接收您的医疗记录的电子或纸质副本。您可以以书面形式提交您的请求。
- 我们将在您要求的30天内提供您的健康信息的副本或摘要。我们可以收取合理的成本费用。

要求我们改正或修改您的病历

- 您可以以书面形式要求我们更正您认为不正确或不完整的有关您的健康信息。
- 我们可能会对您的要求说“不”, 但我们会书面告知您原因。

请求保密通信

您可以要求我们以特定的方式 (例如, 手机) 与您联系, 或向其他地址发送邮件。我们将满足所有合理的要求。

要求我们限制使用或共享的内容

- 您可以要求我们不要使用或分享某些用于治疗、付款或我们的操作的健康信息。
- 我们没有义务同意您的要求, 并且如果它将影响您的护理, 我们可能说“不”。
- 如果您全额自费支付服务或医疗保险项目, 您可以要求我们不要与您的健康保险商分享这些用于支付付款或我们的操作的信息。
- 我们会对您的要求说“是”, 除非法律要求我们分享这些信息。

违约通知

- 如果就您的健康信息有违约行为, 我们将通知您。

索取与我们共享信息的披露清单

- 如果有的话, 您可以索取我们所做的健康信息的披露清单。这份名单不包括关于治疗, 支付, 或医疗保健业务的披露和某些您要求我们做的其他披露。
- 从您要求的日期六年前到现在, 我们将包括这个期间所有的健康信息披露。
- 我们将每年免费提供给您一份清单, 但如果您在12月内要求另一份, 将收取合理的成本基础费用。

获取此隐私通知的副本

- 可以随时索取本通知的纸质副本, 即使您已同意以电子方式接收该通知。我们将及时为您提供纸质副本。

保护您的健康信息对我们至关重要

- 法律要求我们维护您的受保护健康信息的隐私和安全。我们必须遵守本通知所述的职责和隐私惯例。如果您担心我们侵犯了您的隐私权, 您可以致电630-575-1962 或访问www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/与我们的隐私官员联系。你也可以向美国卫生和人类服务部的秘书提出书面控诉。提起申诉不会有任何报复。
- 如果您想行使上述任何权利, 您可以提交书面请求。表格可在我们的任何机构领取, 或致电本通知末尾的联系电话来领取。

我们的使用和披露

我们可以, 在没有您的书面授权下, 为下列目的使用和披露您的健康信息:

帮助管理您得到的医疗保健治疗

- 我们可以使用您的健康信息以便于提供和协调您的医疗保健。例如, 您的物理治疗师可能会在与您的主要保健医生就您的医疗状况进行咨询时披露您的健康信息。

健康保健业务

- 我们可以使用或披露您的健康信息, 以监测和支持我们的机构的运作。
例如, 评估所提供服务的品质, 执行许可和认证活动以及其他行政职能。

付款

- 我们可以在开账单中, 以及收到您医疗服务的付款中, 使用和披露您的健康信息。
例如, 我们可以与您的保险公司联系, 以获得我们为您提供服务的报酬。

患者联系方式

- 为了建立或提醒您未来的预约, 账单或付款事宜, 我们可以与您联系。

v. 4/1/18

参与您的护理的家庭成员和其他人员

- 除非您反对, 否则我们可能会向家庭成员、亲属或亲密朋友透露相关的健康信息, 因为这些人涉及您的护理或支付您的护理。

例如, 我们可以与某个家庭成员共享信息, 因为他帮助您了解您的护理、处理账单或安排预约等事宜。

工人补偿

- 我们可以在遵守有关工人补偿的法律或法律规定的其他类似项目的前提下, 一定程度上披露您的健康信息。这些项目为工伤或因公生病提供了福利。

按法律规定

- 在联邦、州或当地法律要求下, 我们可能会披露有关您的健康信息。

卫生监督活动

- 我们可以向执行由法律授权的活动的卫生监督机构, 使用或披露有关您的健康信息。

例如, 监督活动可能包括政府监测保健系统所需的审计、调查和检查。

营销沟通

- 我们可以使用和披露您的健康信息, 以便于就有关治疗服务、产品或新的地点等信息与您联系, 我们相信这些信息可能是您感兴趣的。

研究

- 我们可以在您的授权下的某些研究中, 使用您的健康信息。

公共卫生和安全问题

- 我们可能在某些情况下分享您的健康信息, 例如预防疾病、举报涉嫌虐待、疏忽或家庭暴力、防止或减少对他人健康或安全构成严重威胁。

执法和特定的政府职能

- 我们可以在法律的允许下, 以执法为目的披露您的健康信息。在某些情况下, 我们可以向有特定的政府职能的单位披露您的健康信息, 比如美国军方对法律授权的请求作出回应时。

应对诉讼和法律程序

- 我们可以根据法院或行政命令, 或根据传票或类似的法律要求, 分享有关您的健康信息。

向业务伙伴

- 我们可以向我们的 "业务伙伴" 透露您的健康信息, 也就是说为 Athletico 提供服务的个人或公司。

例如, 业务伙伴包括管理 Athletico 的计费报销单的公司。在任何情况下, 我们都要求业务伙伴妥善地保护您的信息的隐私。

对未成年人的父母和法定监护人

- 根据联邦和州法律的允许, 我们可以向父母或监护人披露有关未成年人的健康信息。

高度机密信息

- 联邦和州法律为某些保密的健康信息提供额外的隐私保护。这包括有关心理健康、艾滋病病毒/艾滋病、酗酒和药物滥用治疗的信息。

根据授权使用和披露

没有包括在上面所述的情况, 只有在您的书面授权下, 才能在其他情况下使用和披露您的受保护健康信息。您可以在任何时候以书面形式撤销您的授权, 但撤销不会影响我们依赖此授权而已经作出的任何使用或披露。

更改本通知的条款

我们可以更改本通知的条款, 条款变更将适用于有关您的所有信息。新的通知按规定可以获取, 将张贴在我们的每一个机构和我们的网站上 athletico.com。

本隐私声明适用于 Athletico 控股、有限责任公司及其子公司和受控子公司 (适用范围不限于 Athletico 有限公司及其子公司) (统称为 "Athletico")。请访问我们的网站, 上面列出了所有 Athletico 的位置。

如果您有任何问题, 或想更详细地讨论此通知, 请与隐私官员联系 630-575-1962 或 compliance@athletico.com。
本通知于2018年4月1日生效。

v. 4/1/18