

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre legal \_\_\_\_\_  
(Primero) (Apellido) (Segundo)

Nombre o apodo preferido \_\_\_\_\_

Género que figura en el seguro \_\_\_\_\_ Estado civil: Casado Divorciado Soltero Viudo/a

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Si quiere recibir mensajes de texto como recordatorio de su cita, marque aquí

Método de comunicación preferido (marque uno con un círculo): Correo electrónico Teléfono particular Teléfono de día Teléfono celular

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

*Tiene el derecho a un intérprete sin costo. Si necesita estos servicios, notifique al médico clínico o al coordinador del consultorio.*

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina central del empleador (Ciudad/Estado) \_\_\_\_\_:

### ¿Cómo escuchó sobre Athletico? (Marque una opción con un círculo)

Anuncio Internet Sitio web de Athletico Escuela Club deportivo Artes escénicas Seguro

Equipo deportivo profesional Carrera Grupo de entrenamiento de resistencia Lugar/cartel de Athletico Derivación de un

médico Otro Especifique el nombre/organización \_\_\_\_\_

### Consentimiento para la comunicación por correo electrónico

Doy mi consentimiento a Athletico para contactarme por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

### Consentimiento para la comunicación verbal

Doy mi consentimiento a los siguientes individuos que reciban comunicación verbal con respecto a la facturación e información de pago para los servicios de tratamiento provistos en mi nombre. Comprendo que esto **NO** autoriza la divulgación de mi información de salud escrita.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

*Comprendo que el personal de Athletico puede llamar a mi teléfono particular o a otro número alternativo y dejar un mensaje de correo de voz o en persona en referencia a recordatorios de citas, seguro o ítems de facturación. Además, autorizo a divulgar información de la cita dejada en un mensaje de correo de voz, de contestador automático o mensaje de texto y comprendo que hay cierto nivel de riesgo de privacidad asociado con estas formas de comunicación.*

### Información del contacto de emergencia

Persona a contactar en caso de una emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### Información del médico

Médico que realiza la derivación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Próxima cita con el médico Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

¿Tiene un médico de cabecera? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quiere que le enviemos copias de correspondencia a su médico de cabecera? Complete:

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**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

### Seguro

¿Ha verificado los beneficios de terapia de su seguro? Sí No  
¿Ha recibido terapia física/ocupacional dentro de este año calendario? Sí No  
¿Cuántas sesiones de tratamiento ha recibido este año calendario? (Incluir las sesiones quiroprácticas) \_\_\_\_\_

### Accidente automovilístico

¿Es este un accidente automovilístico? Sí No Fecha del accidente \_\_\_\_\_  
¿En qué ciudad y estado ocurrió? \_\_\_\_\_ ¿Esto es una demanda? Sí No  
Nombre del abogado/estudio jurídico \_\_\_\_\_ Teléfono del abogado \_\_\_\_\_

### Indemnización por accidente de trabajo

¿Es esta una lesión aprobada para indemnización por accidente de trabajo? Sí No Fecha de la lesión \_\_\_\_\_  
¿En qué ciudad y estado ocurrió la lesión? \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
Nombre del abogado/estudio jurídico \_\_\_\_\_ Teléfono del abogado \_\_\_\_\_

\*Asegúrese de que la Información del empleador esté completa en la página anterior.

### Información médica adicional

¿Está embarazada? De ser así, ¿de cuántas semanas? \_\_\_\_\_ ¿Ha experimentado dolor relacionado con el embarazo? \_\_\_\_\_  
¿Fuma? Sí Nunca Dejó  
Si la respuesta es sí, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿cantidad de años? \_\_\_\_\_ Si dejó, ¿cuándo fue? \_\_\_\_\_  
¿Bebe alcohol? Sí No cantidad de bebidas por semanas: \_\_\_\_\_

### Pregunta sobre la salud pélvica

Si está experimentando cualquier problema enumerado a continuación, marque la casilla y su terapeuta podrá hablar de las opciones potenciales de tratamiento con usted. ¿Tiene un historial médico de trastornos pélvicos (es decir, ganas de orinar/incontinencia por estrés, pesadez en el suelo pélvico, dolor pélvico/de vejiga o dolor abdominal, movimientos intestinales irregulares)? Sí

### Medicamentos

Proporcione los nombres de todos los medicamentos, vitaminas, suplementos y fármacos de venta libre que esté tomando actualmente. Podemos copiar una lista detallada si tiene una.

Nombre del medicamento	Cuánto (dosis)	Con qué frecuencia	Cómo se toma (marcar uno con un círculo)					
_____	_____	_____	ungüento <input type="radio"/>	píldora <input type="radio"/>	gota <input type="radio"/>	parche <input type="radio"/>	inyección <input type="radio"/>	inhalador <input type="radio"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="radio"/>	píldora <input type="radio"/>	gota <input type="radio"/>	parche <input type="radio"/>	inyección <input type="radio"/>	inhalador <input type="radio"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="radio"/>	píldora <input type="radio"/>	gota <input type="radio"/>	parche <input type="radio"/>	inyección <input type="radio"/>	inhalador <input type="radio"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="radio"/>	píldora <input type="radio"/>	gota <input type="radio"/>	parche <input type="radio"/>	inyección <input type="radio"/>	inhalador <input type="radio"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="radio"/>	píldora <input type="radio"/>	gota <input type="radio"/>	parche <input type="radio"/>	inyección <input type="radio"/>	inhalador <input type="radio"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="radio"/>	píldora <input type="radio"/>	gota <input type="radio"/>	parche <input type="radio"/>	inyección <input type="radio"/>	inhalador <input type="radio"/>

### Actividades recreativas/rutina de ejercicios

¿Cuál es su nivel de actividad actual? (marque uno con un círculo)  
sedentario      ligeramente activo      moderadamente activo      muy activo      extremadamente activo  
¿Cuántos días por semana realiza una rutina de ejercicios regular? \_\_\_\_\_

Athletico cumple con todas las leyes de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

**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. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Mediante el presente doy mi consentimiento y autorizo a mi terapeuta físico, terapeuta ocupacional y otros profesionales de atención médica y asistentes que puedan estar involucrados en mi atención, a proporcionar la atención y el tratamiento ordenados por mi médico o considerados necesarios o aconsejables por mi médico, terapeuta físico, terapeuta ocupacional u otros profesionales de atención médica. Comprendo que un diagnóstico de terapia física no es un diagnóstico médico de parte de un médico. Comprendo que mi tratamiento puede incluir técnicas que pueden generar moretones, enrojecimiento de la piel, dolor después del tratamiento y hematoma, lo que incluye, entre otros, descompresión miofascial y restricción del flujo sanguíneo, movilización asistida de los tejidos blandos, Asytm® o técnica Graston®, análisis del lanzamiento por video y análisis del andar por video. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi terapeuta físico, terapeuta ocupacional u otro profesional de atención médica si experimento cualquier incomodidad o dolor durante cualquier tratamiento o si tengo inquietudes sin resolver alrededor de mi tratamiento. Comprendo que la respuesta a la intervención con terapia física varía de persona a persona y es posible que el tratamiento pueda agravar los síntomas existentes o pueda causar dolor o una lesión.

**2. ACUERDO DE ASISTENCIA A LAS CITAS:** Comprendo la importancia de asistir a terapia de manera regular, programar las citas con anticipación y llegar puntual a la cita. Reconozco que se me reprogramará si llego más de 15 minutos tarde para la cita programada. Comprendo y reconozco que los horarios de las citas que se dan una vez por semana es posible que no estén disponibles en semanas posteriores. Acepto dar un aviso con 24 horas de anticipación si necesito cancelar o reprogramar una cita y comprendo que la cancelación de una cita o el no poder cumplir con una cita con un aviso de menos de 24 horas de anticipación resultará en la tarifa de cancelación/no presentación de \$30 o \$60 según el tipo de cita.

**PACIENTES DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO:** Comprendo que Athletico debe informar a mi Ajustador de indemnización por accidentes de trabajo o Gerente de rehabilitación de todas las citas a las que haya faltado o que haya cancelado. Comprendo que cualquier visita a la que haya faltado se debe reprogramar.

**3. RESPONSABILIDAD DE PAGO:** Todos los copagos y servicios de autopago (es decir, Astym, Graston, VGA, VTA, etc.) vencen en el momento del servicio. Acepto que en contraprestación de los servicios que me presta Athletico, soy financieramente responsable del pago de mi factura. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar a Athletico mi información actual del seguro y familiarizarme con mi plan de seguro y sus pólizas. Cualquier pregunta que tenga con respecto a mi cobertura de seguro de salud o niveles de beneficio se deben dirigir a mi plan de salud. Mi plan de seguro de salud puede estipular que todo o parte de los cargos y saldo permanezcan como mi responsabilidad financiera, como mi deducible, copago, coseguro y cargos no cubiertos o rechazados por mi seguro de salud, Medicare u otros programas para los que sea elegible. Acepto pagar cualquiera de esos montos que sean mi responsabilidad. Comprendo que Athletico facturará a mi compañía de seguro personal como cortesía, pero que yo en última instancia soy responsable de cualquier monto adeudado. Si fueran necesarios procedimientos de recolección formales, soy responsable de cualquier costo adicional incurrido como resultado de dichos procedimientos de recolección.

Si pago cualquier monto con un cheque, mediante el presente autorizo a Athletico a usar la información del cheque para procesar una transferencia de fondos electrónica de única vez (EFT/ACH) o un giro extraído de mi cuenta. Comprendo que, si mi pago se procesa como una EFT, los fondos se pueden extraer de mi cuenta el mismo día y no recibiré mi cheque de vuelta de mi institución financiera.

**Tenga en cuenta que negarse a firmar este formulario no cambia la responsabilidad de pago de ninguna manera.**

**4. CESIÓN DE BENEFICIOS:** Mediante el presente cedo a Athletico todos mis derechos y reclamos de reembolso conforme a mi póliza de seguro de salud. Acepto cooperar con Athletico y brindar la información necesaria par establecer mi elegibilidad para dichos beneficios.

**5. ACCESO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:** Comprendo que Athletico puede documentar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento en formas electrónicas y de otro tipo y que dicha información se utilizará en el curso de mi tratamiento, para fines de pago y para ayudar a aquellos que me estén atendiendo. Autorizo a mi médico o a mis médicos clínicos y al personal administrativo de Athletico a contactar a otros profesionales de atención médica que puedan tener información relacionada con mis afecciones de salud y tratamientos anteriores y actuales. Reconozco que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* de Athletico y que detalla cómo mi información de salud se puede utilizar y divulgar y cómo puedo obtener acceso a mi información de salud y controlarla.

Reconozco que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* de Athletico y que detalla cómo mi información de salud se puede utilizar y divulgar y cómo puedo obtener acceso a mi información de salud y controlarla. (*Marque la casilla*)

Con mi firma a continuación, certifico que he leído, comprendo y acepto por completo cada una de las afirmaciones en este documento y firmo a continuación de manera libre y voluntaria.

Nombre del paciente en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma del paciente o de la persona legalmente responsable \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la persona mencionada arriba en letra de imprenta (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Athletico cumple con todas las leyes de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

**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

En lo que respecta a la información de su salud, usted tiene determinados derechos. Esta sección explica sus derechos y cómo ejercerlos.

### Sus Derechos

SPANISH NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

#### Recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar una copia electrónica o en papel de su expediente médico. Puede enviar su solicitud por escrito.
- Le brindaremos una copia o un resumen de su información de salud dentro de los 30 días posteriores a su pedido. Es posible que cobremos un cargo razonable en función de los costos.

#### Pedirnos que corrijamos o rectifiquemos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos por escrito información de su salud que considere incorrecta o incompleta.
- Podemos negarnos a su pedido, pero le daremos las razones de tal decisión por escrito.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, por celular) o que le enviemos la correspondencia postal a otra dirección. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables.

#### Pedirnos que restrinjamos o limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información de salud sobre tratamientos, pagos o nuestro funcionamiento.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos en caso de que ello afectara su atención.
- Si usted paga un servicio o elemento de atención médica íntegramente de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información referente al pago o nuestro funcionamiento con su asegurador de salud.
- Lo aceptaremos a menos que estemos legalmente obligados a compartir esa información.

#### Notificación de una violación

- Le notificaremos si hay una violación a su información de salud.

#### Solicitar una lista de determinadas divulgaciones con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista de determinadas divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros, si las hubiera. Esta lista no incluirá divulgaciones acerca del tratamiento, el pago o el funcionamiento de la atención de la salud ni determinadas otras divulgaciones que usted nos haya solicitado realizar.
- Incluiremos todas las divulgaciones de información de salud a partir de los seis años previos a la fecha en que lo haya solicitado.
- Le proporcionaremos esta lista una vez al año de forma gratuita, pero cobraremos un cargo razonable en función de los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si acepta recibir el Aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente.

#### Proteger su información de salud es importante para nosotros

- Legalmente, debemos mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida. Debemos respetar las obligaciones y las prácticas de seguridad descritas en este aviso.
- Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede contactar a nuestro oficial de privacidad al 630-575-1962 o visitar el sitio web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). También puede enviar un reclamo por escrito al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No habrá represalias por presentar un reclamo.
- Si desea ejercer cualquier derecho suyo previamente mencionado, puede enviar una solicitud por escrito. Los formularios estarán disponibles a pedido en cualquiera de nuestros centros o por teléfono al número de contacto al final de este Aviso.

### Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos, sin su autorización por escrito, usar y divulgar su información de salud con los siguientes propósitos:

#### Brindar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos utilizar su información de salud para la prestación y la coordinación de su atención médica. Por ejemplo, su terapeuta físico puede divulgar su información de salud cuando consulte a su médico de atención primaria con respecto a su problema médico.

#### Funcionamiento de la atención médica

- Podemos usar o divulgar su información de salud para monitorear y brindar apoyo al funcionamiento de nuestros centros.  
*Por ejemplo, para la evaluación de la calidad de los servicios brindados, la realización de actividades relacionadas con la obtención de licencias y credenciales, y demás funciones administrativas.*

#### Pago

- Podemos usar y divulgar su información de salud para facturar y recibir pagos por sus servicios de atención médica.  
*Por ejemplo, podemos contactar a su asegurador para obtener el pago de servicios que le hayamos brindado a usted.*

#### Contacto del Paciente

- Podemos contactarlo para acordar o recordarle futuras citas, facturas o cuestiones de pago.

**Familiares y otras personas involucradas en su atención**

- A menos que usted se oponga, podemos divulgar información de salud relevante a un familiar, pariente o amigo cercano que esté involucrado en su atención o en el pago de esta.

*Por ejemplo, podemos compartir información con un familiar para ayudarlo a usted a comprender su atención, administrar sus facturas o programar citas.*

**Indemnización por accidente de trabajo**

- Podemos divulgar su información de salud en la medida que ello esté autorizado por y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidente de trabajo u otros programas similares establecidos por la ley. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Según lo exigido por la ley**

- Podemos divulgar información de salud sobre usted cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

**Actividades de supervisión de la salud**

- Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted con agencias supervisoras de la salud para actividades autorizadas por la ley.  
*Por ejemplo, las actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones e inspecciones necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención médica.*

**Comunicaciones de mercadeo**

- Podemos usar y divulgar su información de salud para ponerlo en contacto con información sobre servicios de tratamiento, productos o nuevas ubicaciones que consideremos que pueden ser de su interés.

**Investigación**

- Podemos usar su información de salud para fines de investigación en determinadas circunstancias con su autorización.

**Salud pública y problemas de seguridad**

- Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, tales como la prevención de enfermedades, el informe de una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, y la prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien.

**Aplicación de la ley y funciones gubernamentales especializadas**

- Podemos divulgar su información de salud por razones de aplicación de la ley según esta lo permita. En determinadas circunstancias, podemos divulgar información de salud a las unidades del gobierno con funciones especializadas, tales como el ejército de los Estados Unidos, como respuesta a solicitudes según lo autorizado por la ley.

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación o solicitud legal similar.

**A asociados comerciales**

- Podemos divulgar su información de salud a nuestros “asociados comerciales” (individuos o compañías que brindan servicios a Athletico).  
*Por ejemplo, entre los asociados comerciales se incluiría la compañía que administra los reclamos de facturación para Athletico. En todos los casos, solicitamos a todos los asociados comerciales que protejan de manera adecuada la privacidad de su información.*

**A padres y tutores legales de menores**

- Según lo permitido por las leyes federales y estatales, podemos divulgar información de salud sobre menores a sus padres o tutores.

**Información altamente confidencial**

- Las leyes federales y estatales brindan protección adicional a la privacidad para determinada información de salud confidencial. Esto incluye información sobre la salud mental, VIH/SIDA y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

**Usos y divulgaciones en virtud de una autorización**

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida, no descritos arriba, pueden realizarse solamente con su consentimiento por escrito. Usted puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto que una revocación no afecte ningún uso o divulgación que hayamos realizado de buena fe sobre dicha autorización.

**Cambios a los términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido, y será publicado en cada uno de nuestros centros y en nuestro sitio web [athletico.com](http://athletico.com).

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a Athletico Holdings, LLC, y sus subsidiarias y filiales controladas (incluido, entre otros, Athletico, Ltd., y sus subsidiarias) (colectivamente, “Athletico”). Visite nuestro sitio web para obtener un listado completo de todas las ubicaciones de Athletico.

Si tiene alguna pregunta o desea analizar este Aviso con mayor detenimiento, contacte al oficial de privacidad al 630-575-1962 o por correo electrónico a [compliance@athletico.com](mailto:compliance@athletico.com). Este Aviso está en vigor a partir del 1 de abril de 2018.