

التاريخ _____ الاسم الكامل _____

(الاسم الأول) (اسم الأب) (اسم العائلة)

الضمير المفضل: هو/ له هي/ لها اسمي فقط لا توجد تفضيلات الضمير المفضل غير موجود في القائمة: _____

الاسم المختار أو المستعار _____ تاريخ الولادة _____ العمر _____

الجنس المسجل في التأمين ذكر أنثى

العنوان: _____

(الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

وسيلة الاتصال المفضلة: هاتف متحرك هاتف المنزل هاتف يومي خلال ساعات العمل بريد إلكتروني

رقم الهاتف المفضل: _____ لاستلام الرسائل المتعلقة بتحديد رسائل تذكير بالموعد والتأمين ومعلومات الفوترة عن طريق الهاتف، وإرسال الرسائل النصية القصيرة، و/ أو البريد الإلكتروني، يرجى وضع علامة داخل المربع *

* من خلال تحديد المربع أعلاه، أسمح لـ Athletico Physical Therapy بإرسال معلومات لي حول مواعيدي وتذكيرات المواعيد والتأمين، والحساب أو تفاصيل الفواتير عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية القصيرة أو هاتفي المفضل أو أي رقم هاتف آخر أقدمه إلى Athletico. كما أسمح لموظفي Athletico بترك بريد صوتي يحتوي على معلومات تتعلق بمواعيدي أو تذكيرات المواعيد أو التأمين أو الحساب أو عناصر الفواتير. أقر أيضًا أنني أفهم أن هناك مستوى معينًا من مخاطر الخصوصية المرتبطة بكل شكل من أشكال الاتصال هذه.

موافقة على التواصل بالبريد الإلكتروني

أوافق على تلقي اتصالات عبر البريد الإلكتروني بخصوص تحديثات المواعيد والاتصالات التسويقية من شركة Athletico Physical Therapy على عنوان البريد الإلكتروني التالي:

ما هي لغتك الأساسية؟ _____ هل تحتاج إلى مترجم؟ نعم لا

لديك الحق في الحصول على مترجم دون أي تكلفة. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فأخبر طبيبك أو منسق المكتب.

اسم صاحب العمل _____ هاتف صاحب العمل _____

العنوان المحلي لصاحب العمل _____

شخص الاتصال بقسم الموارد البشرية _____ هاتف قسم الموارد البشرية _____

كيف سمعت عن Athletico؟ (يرجى اختيار إحدى الإجابات أدناه)

إعلان الإنترنت الموقع الإلكتروني لـ Athletico المدرسة نادي رياضي الفنون الأدائية التأمين فريق رياضي محترف سباق مجموعة تدريبات القدرة موقع أو لافتات Athletico إحالة من طبيب أخرى يرجى تحديد الاسم/الشركة: _____

موافقة على التواصل شفهيًا

أمنح الإذن للشخص (الأشخاص) التاليين بتلقي معلومات شفوية مفصلة فيما يتعلق بمواعيدي والرعاية الطبية ومعلومات الفواتير والدفع. أدرك أن هذا لا يسمح بالكشف عن معلوماتي الصحية المكتوبة.

الاسم _____ الصلة _____

الاسم _____ الصلة _____

معلومات الاتصال بالحالات الطارئة

الشخص الذي ينبغي الاتصال به في حالة طارئة:

الاسم _____ رقم الهاتف _____ الصلة _____

معلومات الطبيب

الطبيب المحول _____ هاتف _____

العنوان _____

الموعد القادم لمراجعة الطبيب: التاريخ _____ الوقت _____

هل لديك طبيب رعاية أولية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، هل تريد منا أن نرسل نسخًا من المراسلات إلى طبيب الرعاية الأولية الخاص بك؟ يرجى ملء المطلوب أدناه:

طبيب الرعاية الأولية _____ هاتف _____

العنوان _____

التأمين

- هل قمت بالتحقق من فوائد العلاج الخاصة بك من خلال التأمين الخاص بك؟ نعم لا
- هل تلقيت علاجاً طبيعياً/مهنيًا في هذا العام الميلادي؟ نعم لا
- كم عدد العلاجات (بما في ذلك العلاج بتقويم العمود الفقري) التي تلقيتها في هذا العام الميلادي؟ _____ مريض سابق؟ نعم لا

التأمين الصحي

- شركة التأمين الأساسية _____ رقم التعريف _____ رقم المجموعة _____
اسم حامل البوليصة _____ الصلة _____ تاريخ الميلاد _____
- رقم شركة التأمين الثانوية _____ رقم التعريف _____ رقم المجموعة _____
اسم حامل البوليصة _____ الصلة _____ تاريخ الميلاد _____

حادث سيارة / إصابة شخصية

- هل هذا حادث سيارة؟ نعم لا هل هذه إصابة شخصية؟ نعم لا
- تاريخ الحادث _____
في أي مدينة وأي ولاية حدث ذلك؟ _____ هل هذه دعوى قضائية؟ نعم لا
- المحامي/اسم الشركة _____ هاتف المحامي _____

الإصابة المستحقة للتعويض (يرجى إكمال هذا القسم فقط إذا كنت قد تعرضت لإصابة عمل)

- *يرجى التأكد من ملء معلومات صاحب العمل في الصفحة السابقة .
- هل هذه إصابة عمل معتمدة؟ نعم لا تاريخ الإصابة _____
في أي مدينة وولاية وقعت الإصابة؟ _____
هل تعاقدت مع محام لتمثيلك القانوني فيما يتعلق بإصابة العمل هذه؟ نعم لا
- المحامي/اسم الشركة _____ هاتف المحامي _____
المسمى الوظيفي _____ مدة الخدمة مع جهة العمل الحالية _____
الوضع الوظيفي الحالي للوظيفة التي تعرضت للإصابة بها؟ واجب كامل واجب معدل لا يعمل
- هل تم رؤيتك مؤخرًا في غرفة الطوارئ بسبب الألم الناتج عن إصابة العمل هذه؟ نعم لا
- هل خضعت مؤخرًا لجراحة أو تم إدخالك إلى المستشفى؟ نعم لا
- هل شعرت بظهور ألم أو وخز أو حرق أو/ووضعف في المؤخرة أو الفخذ أو القدم (إصابة في الظهر)، أو الكتف، الذراع أو اليد (إصابة في الرقبة)؟ نعم لا
- هل تعاني حاليًا أو سبق لك أن كنت تعاني من: السكري؟ نعم لا الاكتئاب؟ نعم لا القلق؟ نعم لا ارتفاع ضغط الدم؟ نعم لا
- هل تتناول حاليًا المخدرات أو المواد المسكنة لإدارة الألم؟ نعم لا
- هل تتناول حاليًا مميعات الدم؟ نعم لا
- هل تشعر بأنك قد كنت تعاني من مشكلة إدمان المواد من قبل؟ نعم لا أحيانًا
- هل تغيبت عن العمل في الماضي بسبب إصابة عمل؟ نعم لا
- هل لديك القدرة على اختيار العمل في ساعات إضافية؟ نعم لا هل يُطلب منك العمل لساعات عمل إضافية؟ نعم لا

التاريخ الطبي

ما هي المشكلة (المشاكل) التي تتلقى العلاج بشأنها اليوم؟ وصف نوع وموقع الأعراض _____

في أي تاريخ (تقريبًا) بدأت أعراضك الحالية؟

أعراض حاليًا هي: التحسن التدهور البقاء على نفس الحال

أعراض حاليًا: تظهر وتختفي مستمرة مستمرة لكنها تتغير مع النشاط

ما الذي يؤدي إلى تحسين الأعراض لديك؟ _____

ما الذي يجعل الأعراض لديك تصبح أسوأ؟ _____

في أي وقت من اليوم تكون أعراضك أسوأ؟ صباحاً بعد الظهر مساءً طوال الليل

- هل لاحظت مؤخرًا أيًا مما يلي؟ (حدد المربعات حيثما ينطبق)
- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> الدوار | <input type="checkbox"/> فقدان/زيادة الوزن | <input type="checkbox"/> الصداع | <input type="checkbox"/> تغيرات في وظيفة الأمعاء أو المثانة |
| <input type="checkbox"/> تغيرات في الشهية | <input type="checkbox"/> التنميل/الوخز | <input type="checkbox"/> صعوبة الحفاظ على التوازن أثناء المشي | <input type="checkbox"/> ضيق في التنفس |
| | <input type="checkbox"/> حمى/قشعريرة/تعرق | <input type="checkbox"/> صعوبة في البلع | <input type="checkbox"/> الغثيان/القيء |
| | <input type="checkbox"/> ألم في الليل | | <input type="checkbox"/> الضعف/التعب |
| | <input type="checkbox"/> الدوخة | | |

العلاج الذي تم تلقيه حتى الآن لهذه المشكلة: العلاج بتقويم العمود الفقري الوخز بالإبر الحقن أخرى _____

العلاج الطبيعي / المهني

- الاختبارات الخاصة التي تم إجراؤها: الأشعة السينية فحص العظام الأشعة المقطعية التصوير بالرنين المغناطيسي

قم بإدراج التاريخ الطبي السابق (من ذلك: السقوط، والعمليات الجراحية، وجهاز تنظيم ضربات القلب) بما في ذلك التواريخ (أشر إلى الحالة الحالية) _____

هل انت حامل؟ إذا كان الجواب نعم، كم عدد الأسابيع؟ _____

إذا كنت حاملاً، هل عانيت من آلام مرتبطة بالحمل؟ _____

MIPS نظام دفع الحوافز على أساس الجدارة

فحص مؤشر كتلة الجسم: الطول _____ الوزن _____

فحص الاكتئاب: خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة انزعجت من أي من المشاكل التالية؟

- القليل من الاهتمام أو المتعة في القيام بالأشياء: ليس على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف أيام كل يوم تقريباً
- الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس: ليس على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف أيام كل يوم تقريباً

الأدوية: هل تتناول/تستخدم حاليًا أي أدوية أو أعشاب أو فيتامينات أو مكملات غذائية أو منتجات القنب؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكرها أدناه.

اسم الدواء	عدد الجرعات	عدد مرات تناول الدواء	طريقة تناول الدواء (ضع دائرة)
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> فطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> فطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> فطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> فطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>

اذكر أي من أنواع الحساسية (مثل الأدوية واللاتكس والمواد اللاصقة)

فحص السقوط:

- عدد السقوط خلال العام الماضي؟ 0 1 أكثر من مرتين

• هل أدى السقوط إلى الإصابة؟ نعم لا

فحص سوء المعاملة/سوء المعاملة: هل تعاني من سوء المعاملة (على سبيل المثال: جسدي، عاطفي، نفسي)، أو الإهمال، أو الهجر، أو الاستغلال المادي، أو السيطرة غير المبررة؟ نعم لا

فحص الكحول: كم مرة في العام الماضي تناولت 5 مشروبات (للرجال) أو 4 (للنساء وجميع البالغين فوق 65 عامًا) في اليوم؟ _____

فحص التبغ (+12 سنة): هل استخدمت التبغ خلال الـ 6 أشهر الماضية؟ (اختر إحدى الإجابتين) نعم لا

فحص صحة الحوض:

- هل لديك تشخيص فعال لسلس البول من قبل الطبيب؟ نعم لا
- بغض النظر عن التشخيص النشط، هل تعاني حاليًا من سلس البول؟ نعم لا
- هل تعاني من أي أعراض أو مخاوف أخرى تتعلق بصحة الحوض (مثل ثقل قاع الحوض، أو آلام الحوض/المثانة أو البطن، أو عدم انتظام حركة الأمعاء)؟ نعم لا

التاريخ الاجتماعي/الأنشطة الترفيهية/التمرين الروتيني

البيت المنزل شقة دار رعاية

هل تعيش بمفردك: نعم لا

طبيعة عملك الحالية: أداء الواجب كاملاً أداء الواجب بشكل مخفف لا تعمل إذا لم تكن تعمل، اذكر تاريخ آخر مرة عملت فيها _____

تلتزم أثليتيكو للعلاج الطبيعي بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا يمارس التمييز على أساس العرق أو العمر أو الدين أو الجنس أو الأصل القومي أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير أو الإعاقة أو الحالة العسكرية أو جهة دفع التكاليف. سوف تتم معاملتك على أساس الكرامة والرحمة واحترامك كفرد.

23/1/4

إذا كان لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع 1-877-ATHLETICO ، بريد إلكتروني: info@athletico.com

1. الموافقة على العلاج: أوافق وأفوض معالجي ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين والمساعدين الذين قد يشاركون في رعايتي، بتقديم الرعاية والعلاج الموصوف أو الموصى به من طبيبي أو معالجي أو متخصصي الرعاية الصحية الآخرين. أفهم أن (أ) تشخيص العلاج الطبيعي ليس تشخيصاً طبياً من طبيب؛ و(ب) قد يتضمن علاجي تقنيات قد تؤدي إلى الألم والإصابة والكدمات واحمرار الجلد والألم بعد العلاج والورم الدموي وتفاقم الأعراض الموجودة؛ و(ج) من مسؤوليتي إبلاغ معالجي أو أي متخصص آخر في الرعاية الصحية إذا شعرت بأي إزعاج أو ألم أو مخاوف في أثناء أو بعد أي علاج أو إذا كانت لدي مخاوف أخرى غير محلولة في توقيت علاجي. أتفهم أن الاستجابة لتدخل العلاج الطبيعي تختلف من شخص لآخر وقد يؤدي العلاج إلى تفاقم الأعراض الموجودة أو قد يسبب الألم أو الإصابة.

2. اتفاقية الحضور حسب الموعد:

- أوافق على تقديم إشعار مسبق قبل 24 ساعة على الأقل في حال رغبتني بالغاء أو إعادة جدولة موعد. وفي حال إلغاء مواعيدي قبل أقل من 24 ساعة أو عدم حضوري، فسأتحمل رسوم إلغاء قدرها 40 دولاراً أمريكياً ("رسوم الإلغاء").
- أقر بأنه في حالة وصولي متأخراً عن مواعيدي المحدد بأكثر من 15 دقيقة، فقد أحتاج إلى إعادة جدولة مواعيدي وقد أكون مسؤولاً عن دفع رسوم الإلغاء.

3. المسؤولية عن الدفع: أوافق على أنني مسؤول مالياً عن جميع الخدمات المقدمة لي، بما فيها أي مدفوعات مشتركة، أو تأمين مشترك، أو مبلغ قابل للخصم، أو أي رسوم أخرى لا يغطيها أو يرفضها تأميني الصحي أو أي جهة دفع أخرى. إذا اخترت أن يعوض تأميني الصحي المركز عن خدماتي، أصرح له بإصدار فاتورة لشركة تأميني. أدرك أن تغطية التأمين تختلف، وأن شركة التأمين قد لا تغطي جميع الخدمات المقدمة لي. كما أدرك أن الدفع مستحق وقت الخدمة أو عند استلام الفاتورة. وأوافق على تزويد المركز بمعلومات تأميني الحالي أو معلومات جهة الدفع الأخرى. وأدرك أنه من واجبي الإطلاع على خطة تأميني وسياساتها، وتوجيه أي استفسارات بخصوص تغطية التأمين الصحي أو مستويات المزايا إلى خطة تأميني. في حال لزم الأمر اتخاذ إجراءات قانونية للحصول، أتحمّل مسؤولية سداد أي تكاليف إضافية تُتكبّد نتيجة لهذه الإجراءات.

إذا دفعت أي مبلغ بشيك، أسمح للمركز باستخدام المعلومات الموجودة في الشيك لتنفيذ تحويل إلكتروني للأموال (EFT/ACH) لمرة واحدة أو كمبيالة مسحوبة من حسابي حيث يمكن سحب الأموال من حسابي في نفس اليوم. أقر بأنني لن أتلقى شيكي مرة أخرى من مؤسستي المالية.

4. التنازل عن المزايا: أتنازل بموجب هذا للمركز عن جميع حقوقي ومطالباتي بالتعويض بموجب وثيقة تأميني الصحي. أوافق على التعاون مع المركز وتزويدي بالمعلومات اللازمة لتحديد أهليتي للحصول على هذه المزايا.

5. التوثيق السريري بمساعدة الذكاء الاصطناعي: قد يستخدم المركز تقنية التدوين بالذكاء الاصطناعي للمساعدة في التوثيق الطبي وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. يتضمن استخدام هذه التقنية التسجيل الصوتي لتفاعلاتي السريرية وجلسات العلاج الطبيعي لأغراض التوثيق. إن السماح بتسجيل الصوت أمر طوعي تماماً. وأوافق على أن يتم تسجيلي لهذا الغرض. أدرك أنه يمكنني إلغاء اشتراكي في أي وقت، إذا كنت لا أريد في السماح بالتسجيل الصوتي لتواصلي مع موفري الخدمات، من خلال إخطار طبيبي المعالج. يرجى الإطلاع على إشعار خصوصية أثلينيكو على موقعها الإلكتروني للحصول على معلومات إضافية.

أشهد بموجب توقيعني أدناه أنني قرأت وفهمت وأوافق تماماً على كل بيان في هذه الوثيقة وأوقع أدناه بحرية وبمحض إرادتي.

اسم المريض

التاريخ

توقيع المريض أو الشخص المسؤول قانوناً

اسم المذكور أعلاه (إذا لم يكن المريض)

الوصول إلى المعلومات الصحية والإفصاح عنها: أفهم أن المركز قد يوثق المعلومات الطبية وغيرها من المعلومات المتعلقة بعلاجي في أشكال إلكترونية وغيرها من النماذج التي سيتم استخدامها أثناء علاجي، ولأغراض الدفع ودعم من يعتنون بي. أسمح لطبيبي وطاقم الإدارة في المركز بالاتصال بمتخصصي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يكون لديهم معلومات تتعلق بحالتي الصحية السابقة والحالية وعلاجي.



أقر بأنني تلقيت إشعاراً بممارسات الخصوصية من المركز يوضح كيفية استخدام معلوماتي الصحية والإفصاح عنها وكيف يمكنني الوصول إليها والتحكم فيها. (يرجى تحديد المربع)

يلتزم المركز بقوانين الحقوق المدنية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال على: 1-877-ATHLETICO | البريد الإلكتروني: info@athletico.com

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، لديك حقوق معينة. يشرح هذا القسم حقوقك وكيفية ممارستها.

<p>اطلب قائمة ببعض الإفصاحات عن المعلومات</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أن تطلب قائمة ببعض عمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية التي قدمناها، إن وجدت. لن تتضمن هذه القائمة إفصاحات حول العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية وبعض الإفصاحات الأخرى التي قد تكون طلبت منا القيام بها. • سوف نقوم بتضمين جميع الإفصاحات عن المعلومات الصحية لمدة ست سنوات قبل تاريخ طلبك. • سنقدم لك هذا مرة واحدة سنويًا مجانًا ولكننا سنفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت إفصاحاً آخر خلال 12 شهرًا. 	<p>احصل على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أن تطلب رؤية أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي. يمكنك تقديم طلبك كتابيًا. • سنقدم لك نسخة أو ملخصًا لمعلوماتك الصحية خلال 30 يومًا من طلبك. قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة. <p>اطلب منا تصحيح أو تعديل سجلك الطبي</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أن تطلب منا كتابيًا تصحيح المعلومات الصحية الخاصة بك والتي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة. • قد نرفض طلبك، لكننا سنخبرك بالسبب كتابيًا.
<p>احصل على نسخة من إشعار الخصوصية هذا</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى لو كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونيًا. وسنزودك بنسخة ورقية على الفور. <p>حماية معلوماتك الصحية أمر مهم بالنسبة لنا</p> <ul style="list-style-type: none"> • نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية. يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار. • إذا كنت قلقًا بشأن انتهاكنا لحقوق الخصوصية الخاصة بك، فيمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية لدينا عن طريق الاتصال بالرقم 6305751962 أو زيارة www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ ويمكنك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة. سوف يكون هناك رد لتقديم شكوى. • إذا كنت ترغب في ممارسة أي من حقوقك المذكورة أعلاه، فيمكنك تقديم طلب كتابي. سنكون النماذج متاحة عند الطلب في أي من مرافقنا، أو عن طريق الاتصال برقم الاتصال الموجود في نهاية هذا الإشعار. 	<p>اطلب اتصالات سرية</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة معينة (على سبيل المثال، الهاتف المتحرك) أو إرسال بريد إلى عنوان مختلف. ونحن سوف تستوعب جميع الطلبات المعقولة. <p>اطلب منا تقييد أو تحديد ما نستخدمه أو نشره</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة لأغراض العلاج أو الدفع أو لأغراض عملياتنا. • لسنا ملزمين بالموافقة على طلبك، وقد نرفض إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك. • إذا كنت تدفع مقابل خدمة أو أحد عناصر الرعاية الصحية بالكامل من أموالك الخاصة، فيمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة تلك المعلومات لغرض الدفع أو لغرض عملياتنا مع شركة التأمين الصحي الخاصة بك. • سوف نوافق ما لم يتطلب القانون منا مشاركة تلك المعلومات. <p>الإخطار بالانتهاك</p> <ul style="list-style-type: none"> • سنقوم بإخطارك في حالة حدوث انتهاك لمعلوماتك الصحية

استخداماتنا وإفصاحاتنا

يحق لنا، دون الحصول على إذن كتابي منك، استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها للأغراض التالية:

<p>دفع المبالغ</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لإرسال الفواتير واستلام الدفعات مقابل خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. • على سبيل المثال، قد نتصل بشركة التأمين الخاصة بك للحصول على أموال مقابل الخدمات التي قدمناها لك. <p>الاتصال بالمرضى</p> <ul style="list-style-type: none"> • قد نتصل بك لتحديد المواعيد أو الفواتير أو مسائل الدفع أو تذكيرك بها. 	<p>المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي نتلقاه</p> <ul style="list-style-type: none"> • قد نستخدم معلوماتك الصحية في توفير وتنسيق الرعاية الصحية الخاصة بك. على سبيل المثال، قد يكشف أخصائي العلاج الطبيعي الخاص بك عن معلوماتك الصحية عند التشاور مع طبيب الرعاية الأولية الخاص بك فيما يتعلق بحالتك الطبية. <p>عمليات الرعاية الصحية</p> <ul style="list-style-type: none"> • يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها لمراقبة ودعم تشغيل منشأتنا. على سبيل المثال، تقييم جودة الخدمات المقدمة، وأداء أنشطة الترخيص والاعتماد والوظائف الإدارية الأخرى.
---	---

أفراد العائلة وغيرهم من المشاركين في رعايتك

- ما لم تعترض، قد نكشف عن المعلومات الصحية ذات الصلة لأحد أفراد العائلة أو قريب أو صديق مقرب يشارك في رعايتك أو في دفع تكاليف رعايتك.
- على سبيل المثال، قد نشارك المعلومات مع أحد أفراد العائلة لمساعدتك في فهم رعايتك أو التعامل مع فواتيرك أو جدول المواعيد.

تعويضات العمال

- يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى الحد الذي تسمح به القوانين وبالقدر اللازم للامتثال للقوانين المتعلقة بتعويضات العمال أو البرامج المماثلة الأخرى التي ينص عليها القانون. توفر هذه البرامج فوائد للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.

وفقاً لم يقتضيه القانون

- قد نكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك عندما يكون ذلك لازماً بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.

أنشطة الرقابة الصحية

- يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك أو الكشف عنها لدى هيئات الرقابة الصحية للأنشطة التي يسمح بها القانون.
- على سبيل المثال، قد تشمل أنشطة الرقابة عمليات التدقيق والتحقق والتفتيش اللازمة للحكومة لمراقبة نظام الرعاية الصحية.

الاتصالات التسويقية

- قد نستخدم معلوماتك الصحية ونكشف عنها للاتصال بك لتزويدك بمعلومات حول خدمات العلاج أو المنتجات أو المواقع الجديدة التي نعتقد أنها قد تهمك.

البحث العلمي

- قد نستخدم معلوماتك الصحية لأغراض بحثية في ظروف معينة بعد الحصول على تصريح منك.

قضايا الصحة والسلامة العامة

- قد نشارك معلوماتك الصحية في مواقف معينة، مثل الوقاية من الأمراض، أو الإبلاغ عن سوء معاملة مشتبه بها، أو إهمال، أو عنف منزلي، أو منع أو الحد من تهديد خطير لصحة أي شخص أو سلامته.

إنفاذ القانون والوظائف الحكومية المتخصصة

- يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية لأغراض إنفاذ القانون على النحو الذي يسمح به القانون. في ظل ظروف معينة، قد نكشف عن المعلومات الصحية لوحدة حكومية ذات وظائف متخصصة

الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية

- قد نشارك المعلومات الصحية الخاصة بك استجابة لأمر محكمة أو أمر إداري، أو استجابة لاستدعاء أو طلب قانوني مماثل.

إلى شركاء الأعمال

- قد نكشف عن معلوماتك الصحية إلى "شركائنا في الأعمال" - الأفراد أو الشركات التي تقدم خدمات لشركة أتليتيكو.
- على سبيل المثال، قد يشمل شريك الأعمال الشركة التي تدير مطالبات الفوترة لشركة أتليتيكو. وفي جميع الحالات، نطلب من شركاء الأعمال حماية خصوصية معلوماتك بشكل مناسب.

إلى أولياء الأمور والأوصياء القانونيين على القاصرين

- وفقاً لما يسمح به القانون الفيدرالي وقانون الولاية، يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بالقاصرين لأبائهم أو أولياء أمورهم.

معلومات سرية للغاية

- توفر القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات حماية إضافية للخصوصية لبعض المعلومات الصحية السرية. يتضمن ذلك معلومات تتناول الصحة العقلية وفيروس نقص المناعة/الإيدز والكحول وعلاج تعاطي المخدرات.

للمقيمين في ولاية ميريلاند الحاصلين على برنامج ميديكير الجزء ب فقط:

لقد اخترنا المشاركة في نظام معلومات تشيبيابيك الإقليمي لمرضانا Chesapeake Regional Information System ("CRISP")، وهو نظام إقليمي لتبادل المعلومات الصحية ("HIES") يخدم ولاية ماريلاند. كما أن CRIPS تابعة أيضاً لمؤسسات التعليم العالي الأخرى ويشارك البيانات معها، بما في ذلك تلك الموجودة في ألاسكا وكورنيديكت والعاصمة وميريلاند وفيرجينيا الغربية. وفقاً لما يسمح به القانون، ستتم مشاركة معلوماتك الصحية مع نظام تبادل المعلومات هذا لتوفير وصول أسرع وتنسيق أفضل للرعاية ولمساعدة مقدمي الخدمات ومسؤولي الصحة العامة في اتخاذ قرارات أكثر استنارة. يمكنك "إلغاء الاشتراك" وتعطيل الوصول إلى معلوماتك الصحية المتاحة من خلال CRISP عن طريق الاتصال بالرقم 18779527477 أو ملء نموذج إلغاء الاشتراك وإرساله إلى CRISP عن طريق الاتصال الرئيسي أو الفاكس أو من خلال موقع الويب الخاص بهم www.crisphealth.org. وإن تقارير الصحة العامة ومعلومات المواد الخاطرة الخاضعة للرقابة، كجزء من برنامج مراقبة الأدوية الموصوفة في ولاية ماريلاند (PDMP) Prescription Drug Monitoring Program ("PDMP") سوف تظل متاحة لمقدمي الخدمة.

التغييرات على بنود هذا الإشعار

يمكننا تغيير بنود هذا الإشعار وسيتم تطبيق التغييرات على جميع المعلومات التي نمتلكها عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحاً عند الطلب، وسيتم نشره في كل من موقعنا الإلكتروني على athletico.com

ينطبق إشعار ممارسات الخصوصية هذا على شركة أتليتيكو القابضة ذ م م. Athletico Holdings, LLC والشركات التابعة لها والشركات التابعة الخاضعة للرقابة (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، شركة أتليتيكو المحدودة Athletico, Ltd. والشركات التابعة لها) (يُشار إليها إجمالاً باسم "أتليتيكو"). يرجى زيارة موقعنا على الإنترنت للحصول على قائمة كاملة بجميع مواقع أتليتيكو.

إذا كانت لديك أي أسئلة، أو كنت ترغب في مناقشة هذا الإشعار بمزيد من التفاصيل، فيرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية على الرقم 6305751962 أو الإرسال إلى البريد الإلكتروني: compliance@athletico.com. يسري هذا الإشعار اعتباراً من 1 يناير 2024.