

# ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

Chinese

## 病人资料

PATIENT INFORMATION

(请填写表格正反两面)

(Please fill out both sides of Form)

日期 \_\_\_\_\_ 诊所 \_\_\_\_\_  
Date Clinic

姓名 \_\_\_\_\_  
Name (名字) (姓) (中间名)

住址 \_\_\_\_\_ 公寓号码 \_\_\_\_\_  
Address Apt #

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮递区号 \_\_\_\_\_  
City State Zip

日间联系电话 \_\_\_\_\_ 家庭电话号码 \_\_\_\_\_  
Day Phone Home Phone

手机号码 \_\_\_\_\_ 如果同意接受短信，请在此处划勾   
Cell Phone If you would like to receive Text Messages, please Click here

出生日期 \_\_\_\_\_ 电邮地址 \_\_\_\_\_  
Birth Date E-Mail

用于更新, 研讨会, 活动通知

婚姻状况 已婚  单身  其他  性别 男  女  前患者: 是  不是   
Marital Status Married Single Other Sex M F Former Patient Yes No

除了通过您的医生之外，您是怎样知道Athletico的？

Other than your doctor, how did you hear of Athletico?

专业机构 \* 高尔夫球运动 \* 艺术表演 \* 网站 \* 保险 \* Athletico所在地/标识  
Professional Org. Golf Performing Arts Website Insurance Athletico Location/Signage  
耐力训练 \* 橄榄球运动 \* 广告 \* 无·医生推荐 \* Athletico 健身/按摩员工 \* 俱乐部/机构  
Endurance Rugby Advertisement None, Physician referral Athletico Fitness/Massage Staff Club/Organization  
Athletico/Accelerated Rehab

如果上面某一项被选中，请注明姓名/组织名称 \_\_\_\_\_  
If a category was circled above, please specify name/organization

您是通过Athletico的患者介绍来的吗？ 是  不是  如果是，请注明姓名 \_\_\_\_\_  
Were you referred by a patient of Athletico? Yes No If yes, name

您是由Athletico的雇员介绍来的吗？ 是  不是  如果是，请注明姓名 \_\_\_\_\_  
Were you referred by an Athletico Employee? Yes No If yes, name

您在这一年内是否做过康复训练？ 是  不是  如果是，请注明地点 \_\_\_\_\_  
Have you had therapy within the calendar year? Yes No If yes, where

## 就业信息

CURRENT EMPLOYMENT/SCHOOL INFORMATION

雇主 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_  
Current Employer School

## 医生资讯

PHYSICIAN INFORMATION

咨询医师 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_  
Referring Physician Phone

地址 \_\_\_\_\_  
Address

如果您希望我们发送相应复印件给您的主要医师，请填写下面信息：  
If you would like us to send copies of correspondence to your primary care physician, please complete:

主要医师姓名 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_  
Primary Care Physician Phone

地址 \_\_\_\_\_  
Address

## 其他信息

ADDITIONAL INFORMATION

你主要使用的语言是什么？ \_\_\_\_\_

What is your Primary language?

您有权利要求提供免费翻译。如果您需要这些服务，请通知您的临床医生或办公室工作人员。  
You have the right to an interpreter at no cost to you. If you need these services notify your Clinician or Office Coordinator.

您是否需要一名翻译人员？ 是  不是

Do you need an interpreter?

Yes

No

## 汽车资料/ 第三方汽车资料

AUTO/3RD PARTY AUTO INFORMATION

这是车祸吗？ 是  不是  事故发生日期？ \_\_\_\_\_

Is this an Accident?

Yes

No

Date of Accident?

车祸发生在哪个城市和哪个州？ \_\_\_\_\_

In what city and state did the accident occur?

这是诉讼吗？ 是  不是  律师事务所名称 \_\_\_\_\_

Is this a Lawsuit

Yes

No

Law firm name?

代理人/律师姓名 \_\_\_\_\_ 代理人/律师电话 \_\_\_\_\_

Attorney Name

Attorney Phone

## 保险信息

INSURANCE INFORMATION

主要保险公司 \_\_\_\_\_

Primary Insurance Company

保单持有人姓名 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder

Relationship

出生日期 \_\_\_\_\_ 个人号码 \_\_\_\_\_ 团体号码 \_\_\_\_\_

Date of Birth

ID #

Group #

辅助保险公司 \_\_\_\_\_

Secondary Insurance Company

保单持有人姓名 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder

Relationship

出生日期 \_\_\_\_\_ 个人号码 \_\_\_\_\_ 团体号码 \_\_\_\_\_

Date of Birth

ID #

Group #

您是否与保险公司核对了您的医疗福利？ 是  不是  如果没有，我们强烈建议您进行核实。

Have you verified your therapy benefits with your insurance?

Yes

No

If not, we strongly encourage you to do so.

## 受雇人报酬

WORKERS COMPENSATION

雇主姓名： \_\_\_\_\_ 雇主电话： \_\_\_\_\_

Employer's Name

Employer's Phone Number

雇主总部所在的城市和所在的州： \_\_\_\_\_

Employer Headquarters - City/State

职位名称： \_\_\_\_\_

Job Title

这是经批准的工人损伤赔偿？ 是  不是  受伤日期 \_\_\_\_\_

Is this an approved Worker's Comp Injury?

Yes

No

Date of Injury

工伤发生在哪个城市和哪个州？ \_\_\_\_\_

In what city and state did the injury occur?

律师事务所名称 \_\_\_\_\_ 代理人/律师姓名 \_\_\_\_\_

Law Firm Name

Attorney Name

代理人/律师电话 \_\_\_\_\_

Attorney Phone

## 患者病史和调查问卷

PATIENT MEDICAL HISTORY & INTAKE QUESTIONNAIRE

姓名: \_\_\_\_\_

Name

年龄: \_\_\_\_\_

Age

今天来看病，您是哪里不舒服？（请描述症状和症状所在位置） \_\_\_\_\_

What problem(s) are you being treated for today? (Describe type and location of symptoms)

这个症状大概是从哪一天开始的？ \_\_\_\_\_

What date (roughly) did your present symptoms start?

您的症状是怎么开始的？ \_\_\_\_\_

How did your problem(s) begin?

目前我的症状:

My symptoms are currently:

有改善

GETTING BETTER

更差

GETTING WORSE

毫无改善

STAYING THE SAME

目前我的症状:

My symptoms currently:

时来时去

COME AND GO

长期如此

ARE CONSTANT

长期如此，但活动后有改变

CONSTANT, BUT CHANGE WITH ACTIVITY

什么能令你症状改善？ \_\_\_\_\_

What makes your symptoms better?

什么能令你症状变坏？ \_\_\_\_\_

What makes your symptoms worse?

您的症状在一天中何时最严重:

What time of day are your symptoms worse:

早上

MORNING

下午

AFTERNOON

晚上

EVENING

夜间

OVERNIGHT

对这个症状到目前所接受过的治疗包括（请圈注）: \_\_\_\_\_

Treatment received so far for this problem (please circle):

脊椎推拿

Chiropractic

针灸

Acupuncture

针药注射

Injections

物理复健/康复治疗

Physical/Occupational Therapy

其他:

Other

最近12个月内，做过物理复健/康复治疗吗？ \_\_\_\_\_

Have you received physical/occupational therapy within the last calendar year?

有

YES

没有

NO

在最近12个月内大概完成了几个疗程？ \_\_\_\_\_

Approximately how many treatment sessions have you received this calendar year?

标明特定的检查及检查结果(请圈注): \_\_\_\_\_

Indicate special tests performed for this problem and results if known (circle all that apply)

光片

X-ray

骨成像

Bone Scan

电脑断层扫描 \_\_\_\_\_

CT scan

核磁共振 \_\_\_\_\_

MRI

其他检查: \_\_\_\_\_

Other

你希望达到什么治疗效果？ \_\_\_\_\_

What is your goal for therapy?

下次的医生预约日期: \_\_\_\_\_

Date of next physician appointment

### 病历

MEDICAL HISTORY

您最近感觉到下列哪种症状（选择所有适用的选项）:

Have you recently noted any of the following (check all that apply):

排便或膀胱功能的改变

Changes in bowel or bladder function

食欲改变

Changes in appetite

气短

Shortness of breath

恶心 / 呕吐

Nausea/vomiting

虚弱/疲劳

Weakness/fatigue

头疼

Headaches

头晕 / 头昏

Dizziness/lightheadedness

行走中难以保持平衡

Difficulty maintaining balance while walking

吞咽困难

Difficulty swallowing

体重的减少 / 增加

Weight loss/gain

麻木 / 刺痛

Numbness/tingling

发烧 / 畏寒 / 盗汗

Fever/chills/sweats

夜间疼痛

Pain at night

请列出过去病史 (例如跌倒·心脏起搏器·手术)·包括日期 (请标明是否为当前状态):

Please list past medical history (i.e., falls, pacemaker, surgeries) including dates (indicate if for current condition)

请列出任何过敏源 (例如乳胶·胶粘剂):

Please list any allergies (i.e., latex, adhesives)

您现在是否怀孕了?

是 否  
YES NO

如果是·几周了:

If Yes, number of weeks:

在过去的几个月中·是否感到沮丧·压抑或是绝望?

During the past month, have you been bothered by feeling down, depressed, or hopeless?

有 没有  
YES NO

在过去的几个月中·你对处理周边事务是否感到缺乏兴趣或厌烦?

During the past month, have you been bothered by having little interest or pleasure in doing things?

有 没有  
YES NO

对这些情绪问题你需要帮忙吗?

Is this something with which you would like help?

需要  
YES

需要·但改天 (不是今天)

YES, BUT NOT TODAY

不需要  
NO

## 用药史

MEDICATIONS

请提供你正在服用的所有药物·维生素·营养补充剂·以及非处方药的名字·如果你能提供·我们可以复印一份详细的清单。

Please provide names of all medications, vitamins, supplements, and over-the-counter drugs you are currently taking. We can copy a detailed list if you have one.

药物名称  
Medication Name

多少剂量  
How much (dose)

多少次  
How often

如何服用 (请选择一项)

How taken (circle one)

药物名称 Medication Name	多少剂量 How much (dose)	多少次 How often	药膏 Ointment	药片 Pill	滴注 Drop	贴敷 Patch	注射 Injection	吸入器 Inhaler
			药膏	药片	滴注	贴敷	注射	吸入器
			药膏	药片	滴注	贴敷	注射	吸入器
			药膏	药片	滴注	贴敷	注射	吸入器
			药膏	药片	滴注	贴敷	注射	吸入器
			药膏	药片	滴注	贴敷	注射	吸入器
			药膏	药片	滴注	贴敷	注射	吸入器

列出过敏药名及过敏反应:

List any medication(s) you are allergic to and your reaction

## 社会交往史

SOCIAL HISTORY

家:

Home

请选择适用的选项:

Please circle choice that applies:

独立别墅  
House

住宅公寓  
Condo/Apartment

集体住宅  
Group Residence

疗养院  
Nursing Home

你是否一个人住?

Do you live alone?

是 否  
Yes No

职业:

Occupation

您现在是否工作?

Are you currently working?

非全职工作  
Light duty

全职工作  
Full Duty

不工作  
Not Working

如果您不工作·您上一次工作的时间:

If not working, date last worked

休闲活动 / 爱好 / 日常锻炼:

Leisure Activities/Hobbies/Exercise Routine

您每天主要包括什么样的活动 (注明所有适用项):

What activities comprise your day? (circle all that apply):

坐着  
Sitting

站立  
Standing

行走  
Walking

搬东西  
Lifting

其他:

您是否使用烟草?

Do you use tobacco?

是 否  
YES NO

如果是·请说明种类·数量和频率:

If yes, indicate type, amount, and frequency

酒精摄入量 and 频率:

Alcohol intake and frequency

还有什么与您的治疗有关的信息?

Is there anything else we should know that is pertinent to your treatment?

尽我所知·我所提供的上述信息是完整·真实和准确的。

The above information I have supplied is complete, true, and correct to the best of my knowledge.

父母 / 监护人签名

Patient/Guardian Signature

日期

Date

## 财务责任的协议和声明

FINANCIAL RESPONSIBILITY & CONSENT FORM

**1. 治疗协议。** 本人同意并授权我的物理治疗师、专业治疗师和其他参与我护理的医护专业人员和助理人员，为我提供我的医生或健康护理人所开医嘱，和/或认为必要或适当的护理和治疗。我明白对于治疗效果没有任何承诺。

**2. 按预约出席的协议。** 我了解坚持治疗并且及时到达预约地点的重要性。我明白如果比我的预约时间迟到超过15分钟以上，我的预约时间可能会被改期。我明白提前预约的重要性，并且知道某一周的预约时间不会自动顺延到随后的几个星期。当我需要取消预约或者重新安排一个预约时，我同意24小时以前给与通知。如果24小时以内取消预约或者缺席，根据预约的种类，可能会导致\$30或 \$60 的罚款。

**享受工伤赔偿的患者：**非常感谢您能够参加所有预定的治疗周期。我们必须把所有的漏诊或被取消的预约通知给负责您工伤赔偿的负责人或者康复训练的管理人。同时也要求重新预约所有错过或缺席的预约。

**3. 付款义务。** 被服务时患者需要付清自付的那一部分费用。我明白，由于 Athletico 向我提供了服务，我有责任支付我的账单。我明白我有责任向 Athletico 提供当前使用的保险信息，并且有责任熟悉自己的保险计划及政策。关于我的健康保险范围或福利的任何问题，我应该直接询问我的健康保险计划。我有义务支付健康保险计划中的一部分费用和欠款，比如我的自付部分、合付部分或没被我的健康保险、老年人医疗保险、以及适用于我的其他保险包括或批准的部分。

当您在诊所提供支票作为付款时，您授权我们使用您支票中的信息来处理一次性电子转帐 (EFT/ACH) 或从您的帐户提款，或将付款处理为支票转帐。当我们使用支票中的信息进行电子转帐时，资金可能会在同一天从您的帐户中提取，而您的金融机构不会退还您的支票。

请注意拒绝签署此文件不会以任何形式改变付款义务。

**4. 保险福利的委托。** 我在此委托 Athletico 行使我医疗保险计划中所有的权利和申请报销的权利。我同意提供所需要的信息以便使我有资格享受上述保险福利。

**5. 健康信息的获取和发布。** 我明白 Athletico 可能会以电子和其他形式记录与我治疗有关的医疗及其他相关资料，而且这些资料将被用于在治疗过程中费用支付以及协助护理人员的工作。我授权我的医生和 Athletico 的管理人员与那些可能有我目前健康状况和治疗相关信息的其他医疗专业人士联系。我明白我会收到由 Athletico 发出的隐私政策通知。这份通知会概括我的健康信息将被如何使用和披露，以及我可以如何获取和掌控我的健康信息。

**6. 健康保险流动性与责任法案的协议 (HIPAA)。** 遵照健康保险流动性与责任法案的法规(HIPAA)，我同意以下人士接受与我的帐户收费有关的口头信息。

姓名/ 关系

姓名/ 关系

姓名/ 关系

此外，我授权可以发布留在语音信箱里、留言机、或短信里的我的预约资料，并且明白以这些形式通信会存在一定程度的隐私泄露的风险。

**7. 紧急情况下同意使用的联系人信息。**

在紧急情况下，可联系的人：

名字

电话号码

关系:

下面是我的签名，我确认我已阅读、理解，并完全同意本文件中的每个条款，并在下面自愿签字。

病人或法律责任人签名

日期

以上签名的印刷体

日期

## 隐私保护细则通告



本通告叙述了我们将如何使用和公开您的医疗纪录资料，以及您自己如何才能获得此资料。请仔细阅读。

这则通告叙述了我们将如何使用和公开您的受保护健康信息 (PHI) 以便于为您提供治疗，收取费用，医疗业务管理和法律所允许或要求的其他用途。同时也叙述了您有获取以及掌控您的受保护健康信息的权利。您的受保护健康信息将以书面或电子形式保存。具体而言，通告会涉及到您以及以下资料，(1)过去、现在或未来身体健康或精神健康的资料；(2)与健康医疗服务相关的资料；(3)过去、现在或未来的医疗付费情况。

法律要求我们保护您健康信息的隐私，并为您提供本通知的副本。我们必须遵守本通告的各项条款。我们保留随时更改通告条款的权利，更改的通告对我们所保存的全部健康信息均有效。任何对本通告的更改将张贴在我们的场所和网站上。通过申请可得到书面副本。

### 我们将会如何使用和公开您受保护的健康信息：

**用于治疗。** 我们可能使用您受保护的健康信息以便提供、协调或管理您的医疗保健及有关的服务。我们可能向您的医生或为您提供医疗服务的工作人员或其他人员公开您受保护的健康信息。例如，医生为您提供有关心脏疾病的治疗，为此我们可能需要了解您的健康信息以确定治疗的最佳方案。

**用于付款。** 如有需要，我们可能使用和公开您的受保护健康信息，以便于结算您所接受的医疗保健服务的费用，以及向您、保险公司或第三方收取费用。例如：这可能包括您健康保险计划在批准或支付医疗服务费用之前所需的一些步骤，如判断您是否有资格享受某些服务或这些服务是否涵盖在保险范围内。

**用于医疗保健的执行。** 我们可能根据需要使用或公开您的受保护健康信息，以便支持我们日常医疗保健的执行，以保证您和其他患者接受最优质的服务。例如，我们可能使用和公开您受保护的健康信息以便于对患者治疗的评估，相应的商业管理活动，质量评价和改进，员工审查，法律服务，和审计工作。我们将最小化或有限地公开您的健康信息或数据，（例如：受保护的健康信息不包括人口统计信息，照片等）。

### 您受保护健康信息的其它使用或公开：

**特别通知。** 关于您的预约或取消预约、收费、付费事宜，我们可能会通过您提供的地址和电话号码与您联系（包括语音留言）。我们还可能就您健康有关的服务、您可能感兴趣的 Accelerated 地址或 Athletico 地址与您联系。

**法律要求。** 在联邦或州法律的要求下，我们可能会使用和公开您的受保护健康信息。在卫生和公众服务部秘书处进行调查或核实我们是否执行了隐私条例规范的情况下，我们可能会使用和披露您的受保护健康信息。

**公共健康风险。** 为了公共卫生活动我们可能会公开您的健康信息。例如，涉及到一项产品的质量、安全性或有效性，预防或控制疾病，向验尸官，医学检查者和丧葬董事公开信息以助于他们在法律的要求下履行职责，以及促进器官移植服务组织进行器官、眼睛或组织的捐献和移植。

**虐待、忽视或暴力的受害者。** 我们可能向由法律授权的某个政府部门公开您的受保护健康信息，这个政府部门负责接收受到虐待、忽视或暴力的儿童或老年人的报告。

**卫生监督活动。** 我们可能会向由法律授权的卫生监督机构公开您的受保护健康信息，以便于审计、调查、检查、许可和其它关于政府监管程序的诉讼。

**司法和行政诉讼。** 在依照法院命令执行行政或司法程序的过程中，我们可能会公开您的健康信息。多数情况下，在接到传票、调查申请或涉及其它类型的行政命令时，需要您的授权才能公开您的健康信息。

**执法。** 在以执法为目的的情况下，我们可能公开您的受保护健康信息。

**研究。** 在得到您许可的情况下，或当我们得到特别的审查委员会成员审阅和批准研究项目之后，您的健康信息可能将用于研究。

**为避免健康或安全受到严重威胁。** 为防止您，某一个人或公众的健康和安全受到严重威胁，在必要的情况下，我们可能会公开您的健康信息。

**特定的政府职能。** 由于军事、退伍军人或国家安全/情报活动的需要，我们可能会公开健康信息。

**工伤赔偿。** 在州和联邦法律的许可下，即使没有您的授权，与工伤赔偿有关的健康信息可以被公开。这些方案可能会给因工受伤或生病提供福利。

**参与您医疗保健的其他人员。** 除非您反对，我们可能向您的家庭成员、亲戚、朋友公开与他参与部分直接相关的您的健康信息。如果您有个人代表，如法定监护人（或您过世后的遗嘱执行人、财产管理人），我们会视此人为您本人，向他公开您的受保护健康信息。

**商务伙伴。** 如有必要,我们将向代表我们执行职能或向我们提供服务的 商务伙伴公开您的受保护健康信息。例如,我们可能雇用文件销毁公司来销毁书面的医疗记录。为保护您的健康信息,我们会要求商业伙伴妥善维护您的信息。

**不能识别个人身份的信息。** 在不能识别个人身份或不公开您身份的前提下,我们可能使用或公开您的健康信息。

**无监护权的父母。** 我们可能会向有监护权的父母和无监护权的父母同等地公开未成年子女的受保护健康信息,除非法院下令限制无监护权的父母获得信息。

### 依照您签名授权使用和公开您的健康信息:

如果因为其它原因您授权我们使用或公开您的健康信息,您可以在任何时间撤销您的授权。您撤销授权的决定将不会影响或改变在您通知我们之前已发生的使用或公开。

### 与艾滋病毒、酒精和药物滥用、心理健康和遗传信息有关的特殊保护:

特殊隐私保护适用于与艾滋病毒相关的信息、酒精和药物滥用、心理健康和遗传信息。请联系我们的隐私与合规经理以获取更多信息。

### 您健康信息的使用权利:

**您有权查阅和复制您受保护的的健康信息。** 您有权查阅和索取您的健康信息的副本,包含医疗记录及帐单记录。申请查阅和索取您的健康信息的副本, 请将书面申请提交到给您提供治疗的机构经理或前台经理处。此外,我们可能收取复制您的健康信息所需的相应费用。

在某些限定的情况下,我们可能会拒绝您提出的查阅和复制您受保护健康信息的要求。如果您被拒绝获取健康信息,您可以要求重新审查。另一位由我们选定的持有执照的健康护理专家将重新审查您的要求及之前做出的拒绝申请的决定。重审的人员不会是参与最初拒绝申请的人员。

**获取电子版医疗记录副本的权利。** 如果您的受保护健康信息以电子形式保存(称为电子医疗记录或电子健康记录),您有权为您本人、其他人或其他单位申请健康记录的电子拷贝。

**获得安全漏洞通知的权利。** 如果Accelerated 或 Athletico 发现存在可能泄露受保护健康信息的安全漏洞,而且经风险评估后有必要通知您,您有权收到相关的书面通知。

**您有权要求修正您的受保护健康信息。** 如果您认为我们保存的您的健康信息不正确或不完整,您可以要求我们修改。修正要求必须以书面形式提出,并提供支持您要求的理由。在某些情况下,我们可能会拒绝您的修改请求, 如果:您的要求不是书面形式或不包括支持申请的理由;不是我们编制的资料;编制该资料的人员已无法进行更正;该健康信息不是我们所保存资料的一部分;该资料不属于允许您查阅和复制的范围;该资料是完整和准确的。

**您有权要求限制使用您的受保护健康信息。** 您有权要求限制使用以治疗、付款或医疗保健操作为目的而使用或公开您的健康信息。您也有权要求限制使用我们向可能参与您医疗或付款的家庭成员或亲友公开您的健康信息。您的要求必须说明具体的限制要求以及您限制何人。我们并没有义务同意您的限制申请。如果我们同意,我们会遵守我们的协议,除非我们终止协议或需要对您提供紧急治疗。

**自费支付。** 如果您全额自费支付某一个物品或某一项服务,您有权要求不向以支付或医疗保健运营为目的的健康计划公开与这项物品或这项服务有关的受保护健康信息。我们必须同意您的请求。

**您有权要求进行保密通信。** 您有权要求我们以另一种方法或在另一个地点进行保密通信。例如,您可以要求我们只通过您工作地点或信件方式与您联系。

**您有权要求相关信息的公开记录。** 您有权要求我们出示一份您被公开的受保护信息的清单,这里不包括经过授权的公开,以治疗、付款、医疗操作为目的,或法律要求下的公开。您的申请必须注明时间段,这个时间段自申请起不得超过6年。

尽管您同意接收电子通知,您始终有权索取本通告的书面复印件。

**如何行使您的权利:** 如需行使本通告中的您的权利, 您需要提交书面申请到: Karin Butikofer, Manager of Privacy and Compliance, 625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523.

**投诉:** 如果您认为您的隐私权受到侵犯,您可以对我们的行为进行投诉。我们要求您提出书面投诉,以便我们可以更好地协助调查您的投诉。您的书面投诉可寄到:Karin Butikofer, Manager of Privacy and Compliance, 625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523.

您也可以向美国卫生与公众服务部部长提出投诉 US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Washington, DC 20201, 或通过卫生与公众服务部。更多信息请浏览网站 [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/).

您不会因为投诉而被处罚或报复。

如果您想要了解更多我们关于隐私条例的信息或有任何问题,请联系:

**Karin Butikofer, Manager of Privacy and Compliance  
Athletico, 625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523  
Phone: 630-575-1962; email: [kbutikofer@athletico.com](mailto:kbutikofer@athletico.com)**

修改于2013年9月  
重申于2015年1月1日