

ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Favor de completar ambos lados de este formulario

Fecha _____ Clínica _____

Nombre _____
(Nombre) (Apellido) (Segundo Nombre)

Dirección _____ # Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Día _____ Teléfono de Domicilio _____

Teléfono Celular _____ Si prefiere recibir mensajes de texto, favor marcar aquí

Fecha de Nacimiento _____ Correo Electrónico _____
Para comunicados de actualización, seminarios, o eventos

Estado Civil Casado/a Soltero/a Otro Sexo M F Paciente Antiguo: Si No

¿Aparte de su medico, como se entero de Athletico?

Organización Profesional * Golf * Artes Amaestradas * Sitio de Web * Seguro * Clínica/Letrero Athletico
Resistencia * Rugby * Anuncio * Ninguno, referido de médico * Personal de Gimnasio/Masaje * Club u Organización
Athletico/Accelerated Rehab

Si selecciono una categoría de arriba, por favor especifique nombre/organización _____

¿Lo refirió un paciente de Athletico? Si No Nombre del paciente _____

¿Lo refirió un empleado de Athletico? Si No Nombre del empleado _____

¿Ha recibido terapia durante este año? Si No ¿En donde? _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO/ESCUELA ACTUAL

Empleador _____ Escuela _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico que lo/la refirió _____ Teléfono _____

Dirección _____

Si desea que le enviemos copia de la correspondencia a su médico de cabecera, por favor complete:

Médico de Cabecera _____ Teléfono _____

Dirección _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Cuál es su Idioma de Preferencia? _____

Usted tiene el derecho a un interprete sin costo adicional. Si usted necesita de estos servicios, informarle a su Terapeuta o a la Recepcionista.

¿Necesita Interprete? Si No

INFORMACIÓN DE AUTOMÓVIL O DE TERCEROS

¿Es un accidente de auto? Si No Fecha del accidente _____

¿En que ciudad y estado ocurrió el accidente? _____

¿Es una demanda legal? Si No Nombre del bufete de abogados _____

Nombre de su Abogado _____ Teléfono de su Abogado _____

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Compañía Primaria de Seguros _____

Nombre del responsable de la póliza _____ Relación _____

Fecha de Nacimiento _____ # ID _____ # Grupo _____

Compañía Secundaria de Seguros _____

Nombre del responsable de la póliza _____ Relación _____

Fecha de Nacimiento _____ # ID _____ # Grupo _____

¿Ha usted verificado sus beneficios terapéuticos con su seguro? Si No Si no, le enfatizamos que lo haga.

COMPENSACIÓN DEL LOS TRABAJADORES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Nombre de Empleador: _____ # de Teléfono: _____

Oficina Central del Empleador – Ciudad/Estado: _____

Su Puesto de Trabajo: _____

¿Es esta lesión aprobada por el programa de Compensación de Trabajadores? Si No Fecha de Lesión _____

¿En que ciudad y estado ocurrió la lesión? _____

Nombre del bufete de abogados _____ Nombre de su Abogado _____

Teléfono de su Abogado _____

ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA Y ADMISIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

¿Cuál es el problema por el cual está siendo tratado hoy? (Describa sus síntomas y donde se ubican) _____

¿En qué fecha (aproximada) empezaron sus síntomas actuales? _____

¿Cómo empezaron sus síntomas? _____

Mis síntomas actualmente: **MEJORAN** **EMPEORAN** **ESTÁN EN LO MISMO**

Mis síntomas en la actualidad: **VAN Y VIENEN** **SON CONSTANTES** **CONSTANTES, PERO CAMBIAN CON ACTIVIDAD**

¿Que mejora sus síntomas? _____

¿Qué empeora sus síntomas? _____

¿Qué hora del día son sus síntomas peores? **MAÑANA** **TARDE** **AL ATARDECER** **DURANTE LA NOCHE**

Tratamiento que ha recibido para este problema (por favor circule): **Quiropráctica** **Acupuntura** **Inyecciones**

Terapia Física/Ocupacional

Otro: _____

¿Ha recibido terapia física/ocupacional en el último año? **SI** **NO**

¿Aproximadamente, cuantas sesiones de tratamiento ha recibido este año? _____

Exámenes realizados para este problema y los resultados (circule todos los que apliquen): **Rayo-X** _____

Gammagrafía Ósea _____ **Tomografía Computarizada (CT)** _____ **MRI** _____

Otro: _____

¿Cuál es su meta de tratamiento? _____

¿Fecha de su próxima visita al médico? _____

HISTORIAL MEDICO

¿Últimamente, ha notado alguno de los siguientes síntomas?

- Cambios en funcionamiento del colon o vejiga
- Falta de aliento
- Nauseas/vómitos
- Debilidad/fatiga

- Dolores de cabeza
- Mareos/aturdidos
- Dificultad en mantenerse balanceado al caminar
- Dificultad en tragar

- Subido/bajado de peso
- Entumecido/Hormigueo
- Fiebre/escalofrío/sudores
- Dolores durante noche
- Cambios en el apetito

Favor liste cualquier historial médico (caídas, marcapasos, cirugías) incluya fechas (indicar si es para la condición actual):

Anote cualquier alergias que tenga (por ejemplo: al látex, adhesivos): _____

Para MUJERES: ¿Esta o podría estar embarazada? **SI** Numero de semanas _____ **NO**

¿Durante el último mes, le han molestado sentimientos de poco interés, depresión o desespero? **SI** **NO**

¿Durante el último mes, le ha molestado sentimientos de tener poco interés o disfruto en hacer cosas? **SI** **NO**

¿Sería esto algo con lo que Ud. quisiera ayuda? **SI** **SI, PERO NO HOY** **NO**

MEDICAMENTOS

Favor de proveer nombres de todo medicamento, vitamina, suplemento y fármaco sin receta que toma actualmente. Podemos hacerle una copia de su listado si lo tiene.

Nombre Medicamento	Cuanto (dosis)	Frecuencia	Como Administrada (circule uno)					
_____	_____	_____	pomada	píldora	gota	parcho	inyección	inhalador
_____	_____	_____	pomada	píldora	gota	parcho	inyección	inhalador
_____	_____	_____	pomada	píldora	gota	parcho	inyección	inhalador
_____	_____	_____	pomada	píldora	gota	parcho	inyección	inhalador
_____	_____	_____	pomada	píldora	gota	parcho	inyección	inhalador
_____	_____	_____	pomada	píldora	gota	parcho	inyección	inhalador

Indique cualquier medicamento que le provoca una reacción alérgica: _____

HISTORIAL SOCIAL

En Casa:

Favor circular la selección que aplique: **Casa** **Condo/Apartamento** **Residencia en Grupo** **Asilo**

Vive Solo/a: **SI** **NO**

Ocupación:

Estatus laboral actual: **Trabajo Liviano** **Trabajo Pleno y Completo** **No Trabajo**

Si no trabaja, ¿cuando fue la última vez que trabajó? _____

Actividades de Tiempo Libre / Hobby / Ejercicios Rutinarios: _____

¿Cuales actividades realiza usted en su día? (favor circule todos los que apliquen):

Sentado/a **De Pie** **Caminando** **Alzando** **Otro:** _____

Usa tabaco? **SI** **NO** En afirmativo, indique tipo, cantidad y frecuencia: _____

Consumo alcohol y con qué frecuencia: _____

¿Habría algo mas que deberíamos saber acerca de su tratamiento? _____

Entiendo y afirmo que la información anterior es completa, cierta y correcta.

Firma Paciente/Tutor _____ Fecha _____

ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

Consentimiento y Declaración de Responsabilidad Financiera

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO. Yo doy mi consentimiento y autorizo a mi fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y otros profesionales del cuidado de la salud y asistentes que pueden estar involucrados en mi cuidado, para proporcionar atención y/o tratamiento prescrito por y considerado necesario o conveniente por mi médico(s)/ proveedor(es) de servicios médicos. Reconozco que no se me han dado garantías sobre los resultados del tratamiento.

2. ACUERDO DE ASISTENCIA A CITAS. Entiendo la importancia de asistir a terapia constantemente y llegar puntualmente a mi cita. Reconozco que mi cita se pueda re-programar si llego más de 15 minutos tarde. Entiendo la importancia de programar citas con antelación y reconozco que la hora de las citas programadas en una semana no siguen automáticamente a través de semanas subsiguientes. Estoy de acuerdo en proporcionar al menos 24 horas de antelación cuando tengo que cancelar o re-programar una cita y que la cancelación de menos de 24 horas, o el no presentarse a una cita, probablemente se me aplicaran cargos por cancelación / no presentarme de \$ 30 o \$ 60 dependiendo del tipo de cita.

PACIENTES DE COMPENSACIÓN LABORAL: Le agradecemos su completa colaboración en asistir a todas sus sesiones de terapia. Se nos obliga informarle a su Ajustador de Compensación y/o a su Gerente de Rehabilitación sobre ausencias o citas canceladas. También se exige el restablecimiento de citas con ausencia.

3. RESPONSABILIDAD DE PAGO. Todo co-pago deberá ser pagado durante cada cita. Yo reconozco que en consideración a los servicios que me ha proveído Athletico quedo financieramente obligado pagar mi factura. Reconozco que es mi responsabilidad informar a Athletico los datos de mi seguro actual y familiarizarme con mi plan de seguro y sus políticas. Cualquier pregunta que tenga con respecto a la cobertura de mi seguro de salud o los niveles de beneficios se deben dirigir a mi plan de salud. Mi plan de seguro médico puede establecer que una porción de los gastos y el saldo permanecerá mi responsabilidad personal, como mi deducible, co-pago, co-seguro o gastos no cubiertos o negados por mi seguro médico, asistencia médica, u otros programas para los cuales soy elegible.

Si usted le paga a la clínica con un cheque, usted nos autoriza el uso de la información en su cheque para procesar un Giro Electrónico de Fondos (EFT/ACH) o un retiro de su cuenta bancaria, o el manejo de una transacción con su cheque. Cuando usamos información de su cheque para efectuar un EFT, fondos de su cuenta podrían retirarse de su cuenta hasta ese mismo día y su institución financiera no le devolverá su cheque.

Tenga en cuenta que el no firmar este formulario no cambia de ninguna manera su responsabilidad de saldar su cuenta.

4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS. Con la presente asigno a Athletico todos mis derechos y reclamaciones de reembolso bajo mi póliza de seguro de salud. Estoy de acuerdo en proporcionar información según sea necesario para determinar mi elegibilidad para tales beneficios.

5. ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA. Yo entiendo que Athletico puede documentar la información médica y otra información relacionada con mi tratamiento electrónicamente y de otras formas y dicha información será usada en el curso de mi tratamiento, para objetivos de pago y para apoyar a quienes cuidan de mí. Yo autorizo a mi(s) médico(s) y al personal administrativo de Athletico a contactar otros profesionales de la salud que pueden tener información relacionada a mi tratamiento de salud y condiciones anteriores y actuales. Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Athletico el cual describe cómo mi información de salud será utilizada y divulgada y cómo puedo acceder y controlar mi información de salud.

6. CONSENTIMIENTO HIPAA. En cumplimiento con las regulaciones HIPAA, doy mi consentimiento a las siguientes personas a recibir información verbal sobre la facturación de mi cuenta.

Nombre/Relación

Nombre/Relación

Nombre/Relación

También doy mi consentimiento a la divulgación de información sobre citas comunicadas mediante mensajes de voz, contestador electrónico o mensajes de texto y entiendo que con estos medios de comunicación existen algunos riesgos en cuanto la privacidad.

7. CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Persona de contacto en caso de emergencia:

Nombre

Número de Teléfono

Relación:

Con mi firma a continuación, certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo totalmente con cada una de las declaraciones contenidas en este documento y firmo abajo libremente y voluntariamente.

Firma del Paciente o Persona Legalmente Responsable

Fecha

Nombre Arriba en Letra de Molde

Fecha

ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA ESTE CIRCULAR CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. Su PHI se mantiene en un registro escrito y/o electrónico. Específicamente, lo identifica a usted individualmente y se refiere a (1) su pasado, presente o futura salud física o mental; (2) servicios de asistencia médica relacionados; o (3) su pasado, presente o futuros pagos para su atención médica.

Estamos obligados por ley a cumplir con la privacidad de su información médica y a proporcionarle una copia de este aviso. Tenemos la obligación de cumplir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer efectivo el aviso revisado o cambiado para toda la información médica que mantenemos. Cualquier cambio a este aviso será publicado en nuestras facilidades y en nuestro sitio web. Ejemplares impresos estarán disponibles ante petición.

COMO NOSOTROS PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SOBRE USTED:

Para Tratamiento. Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionar, coordinar o manejar sus cuidado de la salud y servicios relacionados. Podemos divulgar información médica sobre usted a su médico, personal u otras personas que están involucradas en el cuidado de usted y de su salud. Por ejemplo, su médico puede estarlo tratando por una condición cardíaca, que quizá necesitemos saber para determinar el mejor plan de cuidado.

Para Pago. Podemos utilizar y revelar información de salud, según sea necesario, acerca de usted para que el tratamiento y servicios que usted recibe puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, su compañía de seguros o a terceros. Por ejemplo, esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede realizar antes de aprobar o pagar por los servicios de salud que recomendamos para usted, tales como la determinación de su elegibilidad o la cobertura de beneficios de salud.

Operaciones de Servicios de Salud. Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para nuestras operaciones diarias de atención médica y para asegurar que usted y otros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su PHI sobre una evaluación de la atención al paciente, las actividades de gestión de negocio, evaluación de calidad y mejora, revisión de empleados, servicios jurídicos y funciones de auditorías. Todas las divulgaciones de su PHI se limitarán al mínimo necesario o lo que está contenido en un conjunto limitado de datos (por ejemplo, PHI que excluye ciertos identificadores incluyendo información demográfica, fotografías, etc.).

OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Avisos Especiales. Nosotros podemos ponernos en comunicación con usted a la dirección y el número de teléfono que usted proporcione (incluyendo dejando un mensaje de voz) acerca de la programación o las citas canceladas, facturación y/o pagos. También podemos ponernos en contacto con usted acerca de servicios relacionados con la salud o ubicaciones de Athletico que pueden ser de interés para usted.

Requerido por la Ley. Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido por la ley federal o estatal. También debemos divulgar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos bajo la Regla de Privacidad.

Riesgos de Salud Pública. Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Por ejemplo, información relacionada con la calidad, la seguridad o la eficacia de un producto, la prevención o control de la enfermedad, a los jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones como es requerido por la ley, y organizaciones de adquisición de órganos con el fin de facilitar donación de órganos, ojos o tejidos y el trasplante.

Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia. Podemos divulgar su información a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia relativos a niños o ancianos.

Actividades de Supervisión de Salud. Podemos revelar su información de salud a agencias de salud autorizadas por la ley para llevar a cabo auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos relacionados con la supervisión de los programas gubernamentales de regulación.

Procedimientos Judiciales y Administrativos. Podemos revelar su información de salud durante un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden judicial. Bajo la mayoría de los casos, cuando la solicitud se realiza a través de una citación, una solicitud de descubrimiento, u otro tipo de orden administrativo, se obtendrá su autorización antes de permitir la divulgación.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar su información de salud para propósitos de aplicación de la ley.

Investigaciones. Su información de salud puede ser usada para objetivos de investigación en ciertas circunstancias con su permiso, o después de que recibimos la aprobación de un comité examinador especial cuyos miembros examinan y aprueban el proyecto de investigación.

Para Evitar Una Amenaza Seria a la Salud o la Seguridad Pública. Podemos revelar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad de una persona en particular o al público en general.

Funciones Gubernamentales Especializadas. Podemos divulgar información de salud para los asuntos de los veteranos y militares y todo tipo de actividades de inteligencia y seguridad.

Compensación Laboral al Trabajador. Ambas leyes federales y estatales permiten, sin su autorización, la divulgación de su información de salud que está razonablemente relacionado con lesiones de compensación al trabajador. Estos programas podrían proporcionar beneficios por accidentes de trabajo o enfermedad.

Otras Personas Involucrados en su Atención Medica. A menos que usted se oponga, podemos revelar a un miembro de la familia, pariente o amigo cercano su PHI que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su cuidado. Si usted tiene un representante personal, tales como un tutor legal (albacea o administrador de sus bienes después de su muerte), trataremos a esa persona como si esa persona es usted con respecto a las divulgaciones de PHI.

Asociados a Nuestro Negocio. Podemos divulgar su PHI a nuestros socios comerciales que realizan funciones a nombre nuestro o que nos proveen servicios si el PHI es necesario para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar una empresa de trituración para destruir los registros médicos impresos. Para proteger su información de la salud, se requiere de la empresa asociada que proteja adecuadamente su información.

Información no Personalmente Identificable. Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted en una forma que no lo identifique personalmente o revele quién es usted.

Padre Sin Custodia. Podemos revelar el PHI sobre un menor por igual al padre con custodia y sin custodia a menos que una orden judicial limita el acceso de los padres sin custodia a la información.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Si usted nos autoriza a usar o divulgar su información médica para otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Su decisión de revocar autorización no afectará o invertirá cualquier uso o revelación que se produjo antes de que usted nos notificara de su decisión.

PROTECCIONES ESPECIALES PARA EL VIH, ALCOHOL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, SALUD MENTAL, Y LA INFORMACIÓN GENÉTICA:

Protecciones de privacidad especiales se aplican a la información relacionada con el VIH, el alcohol y abuso de sustancias, salud mental, y la información genética. Por favor comuníquese con nuestro Gerente de Privacidad y Cumplimiento para obtener más información.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información de salud. Esto incluye los registros de salud y facturación. Su solicitud para inspeccionar y obtener una copia de su información de salud debe hacerse por escrito a: Director/Coordinador de la instalación Athletico adonde usted recibió su atención. Además, podemos cobrarle honorarios razonables para cubrir nuestros gastos para copiar su información de salud.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (PHI) en ciertas circunstancias muy limitadas. Si el acceso a la información de salud es denegado, usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional licenciado del cuidado médico elegido por nuestra práctica revisará su solicitud y la denegación. La persona que lleva a cabo la revisión no será la persona que haya participado en la decisión original de denegar la solicitud de acceso.

Derecho a una copia electrónica de expedientes médicos electrónicos. Si su PHI se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o un registro de salud electrónico), usted tiene el derecho de solicitar una copia electrónica de su expediente que puede ser transmitida a usted u otro individuo o entidad.

Derecho a recibir notificación de una violación de seguridad. Usted tiene el derecho a recibir notificación por escrito si mediante una auditoría, Athletico descubre una violación de la garantía PHI que precisa su notificación.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida. Si usted cree que la información médica que mantenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que enmendemos la información. La solicitud de modificación deberá ser presentada por escrito, y debe ofrecer razones apoyando su solicitud. En algunos casos se le puede negar su solicitud de enmienda si: Su solicitud no se presenta por escrito o no incluye razones apoyando la solicitud, el expediente médico no fue creado por nosotros, la persona que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda, el registro no es parte de la información médica que mantenemos, no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o es exacta y completa.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de usted para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos acerca de usted a los miembros de la familia o amigos que puedan estar involucradas en su cuidado o el pago para su cuidado. Su petición debe indicar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que le aplique la restricción. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción. Si estamos de acuerdo, cumpliremos a menos que cancelemos nuestro acuerdo o la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Pagos de su propio bolsillo. Si ha pagado en su totalidad para un artículo o servicio de su propio bolsillo, usted tiene el derecho de solicitar que su PHI en relación con dicho producto o servicio no sea revelado a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica. Estamos obligados a aceptar su petición.

Usted tiene el derecho de solicitar que usted reciba comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar de nuestra parte comunicaciones confidenciales por medios alternos o en una ubicación alterna. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros le contactemos sólo a su trabajo o por correo.

Usted tiene el derecho de recibir un listado de ciertas divulgaciones. Usted tiene el derecho de recibir una lista de divulgaciones de su información médica protegida que hemos hecho, con excepción a las declaraciones conformes con autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones del cuidado de la salud, o requerido por ley. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, el cual no podrá superar los 6 años anteriores a la solicitud.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, incluso si usted aceptó recibir el aviso electrónicamente.

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS: Para ejercer los derechos que se describen en este aviso, usted deberá presentar su solicitud por escrito a: Karin Butikofer, Gerente de Privacidad y Cumplimiento, Athletico, 625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523.

Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja ante nuestra práctica. Le solicitamos que presente su queja por escrito para que podamos ayudar mejor con la investigación de su queja. Por favor envíe su queja por escrito a: Karin Butikofer, Gerente de Privacidad y Cumplimiento, Athletico, 625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523.

Usted también puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue S.W., Washington D.C. 20201, o la Oficina regional de derechos civiles en Illinois a: Oficina de derechos civiles, Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos, 233 North Michigan Avenue, Suite 240, Chicago, IL 60601. Información adicional puede encontrarse también en la página web: www.hhs.gov/ocr/hipaa/.

Usted no será penalizado ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas, por favor póngase en contacto con:

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