

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

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

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

Teléfono celular \_\_\_\_\_ **Para recibir mensajes de texto de recordatorio de las citas, marque aquí**

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

Teléfono celular

¿Cuál es su lengua materna? \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete? Sí No

*Tiene derecho a un intérprete sin costo. Si necesita estos servicios, notifique a su Médico clínico o al Coordinador del consultorio.*

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

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

### ¿Cómo se enteró de la existencia de Athletico? (Marque con un círculo a continuación)

Anuncio Internet Sitio web de Athletico Escuela Deportes en un club Artes escénicas Seguro

Equipo deportivo profesional Carrera Grupo de entrenamiento de resistencia Ubicación/carteles de Athletico

Derivación de un médico Otro Especificar nombre/organización \_\_\_\_\_

### Consentimiento para la comunicación por correo electrónico

Doy mi consentimiento a Athletico para que me contacten por correo electrónico a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

### Consentimiento para la comunicación verbal

Doy permiso a la siguiente persona o personas para que reciban información verbal detallada con respecto a mis citas, atención médica, facturación e información de pago. Comprendo que esto **NO** autoriza la divulgación de mi información de salud escrita.

Nombre \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_

*Comprendo que el personal de Athletico puede llamar a mi teléfono particular o a otro teléfono alternativo y dejar un mensaje de correo de voz o en persona con referencia a recordatorios de citas, seguro o rubros por concepto de facturación. También autorizo la divulgación de información de citas que se deje en un correo de voz, máquina contestadora o mensaje de texto y comprendo que existe cierto nivel de riesgo de privacidad asociado con estas formas de comunicación.*

### Información de contacto de emergencia

Persona a la cual contactar en caso de una emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_

### Información del médico

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

Dirección \_\_\_\_\_

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

¿Tiene médico de cabecera? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quisiera que le enviáramos copias de correspondencia a su médico de atención primaria? Complete lo siguiente:

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### Seguro

¿Ha verificado los beneficios de terapia con su seguro? (marque con un círculo) Sí No

¿Ha recibido terapia física/ocupacional este año calendario? Sí No

¿Cuántos tratamientos (incluidos los quiroprácticos) ha recibido este año calendario? \_\_\_\_\_ ¿Anteriormente paciente? Sí No

### Seguro de salud

Empresa principal de seguro \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empresa secundaria de seguro \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

### Accidente automovilístico

¿Esto es un accidente automovilístico? Sí No Fecha del accidente \_\_\_\_\_

¿En qué ciudad y estado ocurrió? \_\_\_\_\_ ¿Esto es una demanda? Sí No

Nombre del abogado/bufete de abogados \_\_\_\_\_ Teléfono del abogado \_\_\_\_\_

### Compensación por accidentes de trabajo

¿Esta es una lesión aprobada para una compensación por accidentes de trabajo? Sí No

Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

¿En qué ciudad y estado ocurrió la lesión? \_\_\_\_\_ Puesto laboral \_\_\_\_\_

Nombre del abogado/estudio de abogados \_\_\_\_\_ Teléfono del abogado \_\_\_\_\_

*\*Asegúrese de que la información del Empleador esté completada en la página anterior.*

### Historial médico

Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

¿Por qué problema(s) lo están tratando hoy? Describa el tipo y la ubicación de los síntomas \_\_\_\_\_

¿En qué fecha (aproximadamente) comenzaron los síntomas actuales? \_\_\_\_\_

Mis síntomas actualmente (marque con un círculo): Están mejorando Están empeorando Permanecen igual

Mis síntomas actualmente (marque con un círculo) Vienen y van Son constantes Constantes, pero cambian con la actividad

¿Qué hace que sus síntomas mejoren? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que sus síntomas empeoren? \_\_\_\_\_

¿En qué momento del día sus síntomas están peor? (marque con un círculo) Mañana Tarde Noche Madrugada

Tratamiento recibido hasta ahora para este problema (marque todos los que correspondan) Quiropráctico Acupuntura

Inyecciones Terapia física/ocupacional Otro \_\_\_\_\_

¿Se hicieron pruebas especiales?: Radiografías Escaneo óseo Tomografía computada IRM

Enumere historial médico pasado (es decir, caídas, cirugías, marcapasos) incluyendo las fechas (indique si fue por la afección actual)

Enumere cualquier alergia (es decir, al látex, a los adhesivos) \_\_\_\_\_

### Intensidad del dolor

Califique su dolor en una escala del 0 al 10, donde "0" representa ningún dolor y "10" representa el peor dolor imaginable.

Nivel de dolor promedio durante las últimas 24 horas \_\_\_\_\_ Dolor más leve \_\_\_\_\_ Dolor más intenso \_\_\_\_\_

¿En dónde ocurre su dolor? \_\_\_\_\_

Describa su dolor \_\_\_\_\_

¿Recientemente ha notado algo de lo siguiente? (marque todo lo que corresponda)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función intestinal o de la vejiga | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                                 | <input type="checkbox"/> Pérdida/aumento de peso       | <input type="checkbox"/> Vértigo               |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar                        | <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener el equilibrio al caminar | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo      | <input type="checkbox"/> Aturdimiento          |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                                 | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar                            | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudoración | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito |
| <input type="checkbox"/> Debilidad/fatiga                                |  | <input type="checkbox"/> Dolor por la noche            |  |

**Medicamentos** Proporcione los nombres de todos los medicamentos, vitaminas, suplementos y fármacos de venta libre que consume en la actualidad. Podemos copiar una lista detallada si cuenta con una.

Nombre del medicamento	Cuánto (dosis)	Con qué frecuencia	Cómo se toman (marque con un círculo)
_____	_____	_____	ungüento   píldora   gota   parche   inyección   inhalador
_____	_____	_____	ungüento   píldora   gota   parche   inyección   inhalador
_____	_____	_____	ungüento   píldora   gota   parche   inyección   inhalador
_____	_____	_____	ungüento   píldora   gota   parche   inyección   inhalador
_____	_____	_____	ungüento   píldora   gota   parche   inyección   inhalador

Enumere cualquier medicamento al que sea alérgico y su reacción \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? De ser así, ¿de cuántas semanas? \_\_\_\_\_ ¿Ha experimentado dolor relacionado con el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Ha utilizado tabaco en los últimos 24 meses? (marque con un círculo) Sí      No

**SOLAMENTE** para pacientes de 12 a 20 años. Si respondió que no anteriormente, ¿alguna vez ha utilizado tabaco? Sí      No

¿Bebe alcohol? Sí      No      cantidad de copas por semana: \_\_\_\_\_

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia lo ha afectado cualquiera de los siguientes problemas?

- |   |           |             |                             |                     |
|---|-----------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| • Poco interés o placer al hacer cosas:           | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| • Sentirse sin ánimo, deprimido o desesperanzado: | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |

Historial de caídas

- |  |    |   |    |
|--|----|---|----|
| • Cantidad de caídas durante el último año | 0  | 1 | 2+ |
| • ¿Alguna caída causó una lesión?          | Sí |   | No |

¿Está sufriendo abuso (por ejemplo: físico, emocional, psicológico), desatención, abandono, explotación material o control injustificado? Sí      No

**Pregunta sobre la salud pélvica**

Si está experimentando cualquiera de los problemas que se mencionan a continuación, marque la casilla y su terapeuta podrá hablar con usted sobre las posibles opciones de tratamiento. ¿Tiene antecedentes de trastornos pélvicos (es decir, incontinencia imperiosa/por estrés, pesadez del suelo pélvico, dolor pélvico/de la vejiga o dolor abdominal, movimientos intestinales irregulares)? Sí

**Historial social/actividades de esparcimiento/rutina de ejercicios**

Hogar: Casa      Condominio/Apartamento      Residencia de grupo      Residencia para ancianos

Vive solo: Sí      No

Actualmente está trabajando: A pleno en tareas livianas      no está trabajando      Si no está trabajando, última fecha en la que trabajó \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de actividad actual? (marque con un círculo a continuación)

sedentario      ligeramente activo      moderadamente activo      muy activo      extremadamente activo

¿Cuántos días por semana realiza una rutina regular de ejercicios? \_\_\_\_\_

**Si tiene alguna pregunta, favor de ponerse en contacto con las Oficinas Corporativas de Athletico:**

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 u otros profesionales y asistentes de la atención de la salud que puedan estar involucrados en mi atención, a brindar la atención y el tratamiento prescrito por mi médico o considerado necesario o recomendable por mi médico, terapeuta físico, terapeuta ocupacional u otros profesionales de la atención de la salud. 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 contusiones, enrojecimiento de la piel, dolor después del tratamiento y hematomas; dichos tratamientos incluyen, entre otros, descompresión miofascial y restricción del flujo sanguíneo, movilización asistida de los tejidos blandos, Asytm® o técnica Graston Technique®, análisis de lanzamiento en video y análisis de la forma de caminar en video. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi terapeuta físico, terapeuta ocupacional u otro profesional de la atención de la salud si experimento cualquier incomodidad o dolor durante cualquier tratamiento o si tengo otras inquietudes no resueltas en torno a mi tratamiento. Comprendo que la respuesta a la intervención de terapia física varía de persona a persona y es posible que el tratamiento pueda resultar en el agravamiento de los síntomas existentes o causar dolor o lesiones.

**2. ACUERDO DE ASISTENCIA A LAS CITAS:** Comprendo la importancia de asistir a terapia de manera regular, programar las citas con anticipación y llegar puntualmente a mi cita. Reconozco que, si llego con más de 15 minutos de retraso para mi cita programada, dicha cita podrá ser reprogramada. Comprendo y reconozco que los horarios de las citas dados una semana pueden no estar disponibles en las semanas subsiguientes. Acepto avisar con al menos 24 horas de anticipación cuando necesite cancelar o reprogramar una cita y comprendo que la cancelación o la imposibilidad de asistir a una cita con menos de 24 horas de anticipación resultará en un cargo de cancelación o de no presentación de \$30 o \$60 según el tipo de cita.

**PACIENTES CON COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO:** Comprendo que Athletico está obligado a informar a mi Ajustador de compensación por accidentes de trabajo o Administrador de rehabilitación de todas las citas a las que no vaya o que cancele. Comprendo que cualquier visita a la que falte se debe reprogramar.

**3. RESPONSABILIDAD DEL PAGO:** Todos los copagos y los servicios de autopago (es decir, Astym, Graston, VGA, VTA, etc.) son pagaderos en el momento del servicio. Reconozco que en contraprestación por los servicios que Athletico me presta, soy financieramente responsable del pago de mi factura. Reconozco que es mi responsabilidad brindar a Athletico la información de mi seguro vigente y familiarizarme con mi plan de seguro y sus pólizas. Cualquier pregunta que tenga con respecto a mi cobertura de atención de la salud o niveles de beneficios debe ser dirigida a mi plan de salud. Mi plan de seguro de salud puede estipular que todos o parte de los cargos y el saldo sigan siendo mi responsabilidad personal, como mi deducible, copago, coseguro o cargos no cubiertos o negados por mi seguro de salud, Medicare u otros programas para los que soy elegible. Acepto pagar cualquiera de esas sumas que sea mi responsabilidad. Comprendo que Athletico será mi aseguradora personal como cortesía, pero que en última instancia soy responsable de cualquier suma adeudada. Si fueran necesarios procedimientos formales de cobro, soy responsable de cualquier costo adicional incurrido como resultado de dichos procedimientos de cobro.

Si pago cualquier suma 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 tomado de mi cuenta. Comprendo que si mi pago se procesa como una EFT, los fondos se pueden retirar de mi cuenta el mismo día y no recibiré mi cheque de vuelta de parte de mi institución financiera.

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

**4. CESIÓN DE BENEFICIOS:** Mediante el presente, cedo a Athletico todos mis derechos y reclamos por el reembolso en virtud de mi póliza de seguro de salud. Acepto cooperar con Athletico y proporcionar dicha información según sea necesario para 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 formato electrónico o de otras formas y que dicha información se utilizará en el curso de mi tratamiento, para fines de pagos y para dar soporte a aquellos que me brinden atención. Autorizo a mi médico o a mis médicos clínicos y al personal administrativo de Athletico a contactar a otros profesionales de atención de la salud que puedan tener información relacionada con mis afecciones de salud y tratamiento previos y actuales. Reconozco que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* de Athletico y que este detalla de qué manera mi información de salud se puede usar y divulgar y cómo puedo obtener acceso y controlar mi información de salud.

Reconozco que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* de Athletico y que este detalla de qué manera mi información de salud se puede usar y divulgar y cómo puedo obtener acceso y controlar mi información de salud. (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 en letra de imprenta de la persona anterior (si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

**Si tiene alguna pregunta, favor de ponerse en contacto con las Oficinas Corporativas de Athletico:**

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.

SPANISH NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

### Sus Derechos

#### 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.

v. 4/1/18

### 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.

v. 4/1/18