

التاريخ _____ الاسم قانوني _____
(الاسم الأول) (الاسم الأخير) (الاسم الأوسط)

العنوان: _____
(الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

الاسم المفضل أو الاسم المستعار _____
الجنس المذكور في التأمين _____ الحالة الاجتماعية: _____
متزوج مطلق أعزب أرملة/أرمل

الهاتف الخليوي _____
لتلقي رسائل نصية للتذكير بشأن الموعد، الرجاء التحقق من هنا ☐

طريقة التواصل المفضلة (ضع دائرة حول واحدة): البريد الإلكتروني الهاتف المنزلي الهاتف اليومي الهاتف الخليوي
ما هي لغتك الأولى؟ _____ هل تحتاج إلى مترجم؟ نعم لا
لديك الحق في الحصول على مترجم دون أي تكلفة. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، الرجاء إخبار الطبيب أو منسق المكتب.

اسم صاحب العمل _____ رقم هاتف صاحب العمل _____
عنوان مقر صاحب العمل (المدينة/الدولة) _____

كيف سمعت عن أثلاتيكو؟ (يرجى وضع دائرة حول إحدى الإجابات أدناه)

إعلان الإنترنت موقع أثلاتيكو المدرسة النادي الرياضي فنون الأداء التأمين أخرى

فريق رياضي محترف سباق مجموعة التدريب على التحمل موقع/لافتة أثلاتيكو إحالة من طبيب

الرجاء تحديد اسم/منظمة: _____

الموافقة على الاتصال بالبريد الإلكتروني

أوافق على أن تتصل بي أثلاتيكو عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي: _____

الموافقة على الاتصال الشفوي

أعطي الإذن للشخص التالي لتلقي معلومات شفوية مفصلة بشأن المواعيد والرعاية الطبية ومعلومات الفوترة والدفع الخاصة بي. أدرك أن هذا لا يمثل إذنًا بالكشف عن المعلومات الصحية المكتوبة الخاصة بي.

الاسم _____ العلاقة _____
الاسم _____ العلاقة _____

أدرك أنه قد يتصل أفراد أثلاتيكو برقم هاتف المنزل أو رقم بديل آخر وترك بريد صوتي أو شخصيًا بالإشارة إلى بنود التذكيرات بالموعد أو التأمين أو الفواتير. كما أعطي التصريح أيضًا بالكشف عن معلومات الموعد الواردة في البريد الصوتي، أو جهاز الرد على المكالمات أو الرسائل النصية وأدرك أن هناك مستوى معين من مخاطر الخصوصية المرتبطة بأشكال الاتصال هذه.

معلومات الاتصال في حالات الطوارئ

شخص للاتصال في حالة الطوارئ: _____

الاسم _____ العلاقة _____ رقم الهاتف _____

معلومات الطبيب

طبيب الإحالة _____

العنوان _____

موعد الطبيب التالي: التاريخ _____

هل لديك طبيب رعاية أولية؟ نعم لا

إذا كان الجواب نعم، هل تريد منا أن نرسل نسخاً من المراسلات إلى طبيب الرعاية الأولية الخاص بك؟ الرجاء إكمال:

طبيب الرعاية الأولية _____

العنوان _____

الهاتف _____

التأمين

هل تحققت من فوائد العلاج الخاص بك مع تأمينك؟ (ضع دائرة حول إجابة) نعم لا
هل تلقت العلاج الطبيعى/المهني خلال هذه السنة التقويمية؟ نعم لا
كم عدد العلاجات (بما في ذلك العلاج بتقويم العمود الفقري) التي تلقيتها في هذه السنة التقويمية؟ المريض السابق؟ نعم لا

التأمين الصحي

التأمين الأساسي الشركة رقم بطاقة الهوية رقم المجموعة
اسم حامل البوليصة العلاقة تاريخ الميلاد
التأمين الثانوي الشركة رقم بطاقة الهوية رقم المجموعة
اسم حامل البوليصة العلاقة تاريخ الميلاد

حادث السيارة

هل هذا حادث سيارة؟ نعم لا
في أي مدينة وولاية وقع هذا الحادث؟ هل هذه قضية؟ نعم لا
اسم المحامي/مكتب المحاماة هاتف المحامي

مخيم العمل

هل هذه إصابة مخيم عمل معتمدة؟ نعم لا
في أي مدينة وولاية وقعت هذه الإصابة؟ تاريخ الإصابة
اسم المحامي/مكتب المحاماة اسم الوظيفة
الهاتف المحامي*الرجاء التأكد من ملء معلومات صاحب العمل في الصفحة السابقة.

السجل الطبي

السن الطول الوزن
ما هي المشاكل التي تعالجت منها حتى اليوم؟ صف نوع الأعراض وموضعها
متى بدأ (تقريباً) ظهور الأعراض التي تشعر بها حالياً؟
الأعراض التي أشعر بها حالياً (ضع دائرة حول إجابة): تتحسن تسوء كما هي
الأعراض الحالية (ضع دائرة حول إجابة): تظهر وتختفي مستقرة
ما الذي يجعل الأعراض تتحسن؟
ما الذي يجعل الأعراض تسوء؟
في أي وقت من اليوم تكون الأعراض أسوأ؟ (ضع دائرة حول إجابة): الصباح بعد الظهر المساء منتصف الليل
العلاج الذي تتلقاه حتى الآن لهذه المشكلة (ضع دائرة حول كل ما ينطبق): العلاج بتقويم العمود الفقري الوخز بالإبر حقن
العلاج الطبيعى/المهني أخرى
هل تم إجراء أي فحوص خاصة؟ أشعة سينية فحص العظام أشعة مقطعية التصوير بالرنين المغناطيسي
اذكر السجل الطبي السابق (أي مرات السقوط، والعمليات الجراحية، ومنظم ضربات القلب) بما في ذلك التواريخ (يرجى الإشارة إلى الحالة الحالية)

اذكر جميع أنواع الحساسية (مثال: الحساسية تجاه اللاتكس،
واللصقات)

شدة الألم

قم بتقييم شدة ألمك على مقياس من 0 إلى 10، مع العلم أن "0" لا تمثل أي ألم و"10" تمثل أسوأ ألم يمكن تخيله:
متوسط مستوى الألم خلال آخر 24 ساعة أقل ألم من حيث الشدة أعلى ألم من حيث الشدة
أين موضع الألم الذي تشعر به؟
صف ألمك

هل لاحظت أيًا من التالي مؤخرًا؟ (ضع علامة أمام جميع الأجوبة التي تنطبق)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ تغييرات في وظيفة الأمعاء | ☐ صداع | ☐ وخز/تتميل | ☐ تغييرات في الشهية |
| ☐ أو المثانة | ☐ صعوبة في الحفاظ على | ☐ حمى/قشعريرة/تعرق | |
| ☐ ضيق في التنفس | ☐ التوازن أثناء المشي | ☐ ألم في الليل | |
| ☐ غثيان/قيء | ☐ صعوبة في البلع | ☐ دوار | |
| ☐ ضعف/تعب | ☐ خسارة/زيادة في الوزن | ☐ دوخة | |

الأدوية الرجاء توفير أسماء جميع الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية والأدوية دون وصفة طبية التي تتناولها حاليًا. يمكننا نسخ قائمة مفصلة إذا كان لديك واحدة.

اسم الدواء	الكمية (الجرعة)	كم مرة	كيفية تناول (ضع دائرة حول الخيار)	مرهم	أقراص	نقط	لصقة	منشفة
				مرهم	أقراص	نقط	لصقة	منشفة
				مرهم	أقراص	نقط	لصقة	منشفة
				مرهم	أقراص	نقط	لصقة	منشفة
				مرهم	أقراص	نقط	لصقة	منشفة
				مرهم	أقراص	نقط	لصقة	منشفة
				مرهم	أقراص	نقط	لصقة	منشفة

اذكر أي أدوية لديك حساسية تجاهها ورد فعلك

هل أنت حامل؟ إذا كان جوابك بنعم، في كم أسبوع؟ هل واجهت أي آلام متعلقة بالحمل؟

هل استخدمت التبغ في آخر 24 شهرًا؟ (ضع دائرة حول إجابة) نعم لا
فقط للمرضى 12-20 سنة. إذا كانت إجابتك لا أعلاه، فهل سبق أن استخدمت التبغ من قبل؟ نعم لا

هل تشرب الكحول؟ نعم لا عدد المشروبات في الأسبوع:

خلال الأسبوعين الماضيين، كم عدد المرات التي أزعجتك أي من المشاكل التالية؟

- قلة الاهتمام أو المتعة في فعل الأشياء: على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف أيام الأسبوع يوميًا تقريبًا
- الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس: على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف أيام الأسبوع يوميًا تقريبًا

تاريخ السقوط

- كم عدد مرات السقوط التي حدثت خلال العام الماضي؟ 0 1 2+
- هل أدى هذا السقوط إلى حدوث إصابة؟ نعم لا

هل تعاني من أي إيداء (مثال: جسدي أو عاطفي أو نفسي) أو إهمال أو نفور أو استغلال مادي أو تحكم غير مبرر؟ نعم لا

السؤال بشأن الصحة الحوضية

إذا كنت تعاني من أي من المشاكل المذكورة أدناه، الرجاء وضع علامة على المربع ويمكن للمعالج الخاص بك مناقشة خيارات العلاج الممكنة معك. هل لديك تاريخ من اضطرابات الحوض (أي سلس بول/سلس الإجهاد، أو ثقل في قاع الحوض، أو ألم في البطن أو الحوض/المثانة، أو حركة أمعاء غير منتظمة)؟ نعم ☐

السجل الاجتماعي/روتين الممارسات/الأنشطة الترفيهية

المنزل: المنزل كوندو/شقة مقر إقامة المجموعة دار رعاية هل تعيش وحيدًا؟ نعم لا

هل تعمل حاليًا: دوام كامل دوام جزئي لا أعمل إذا كنت لا تعمل، ما هو تاريخ آخر عمل

ما هو مستوى نشاطك الحالي؟ (ضع دائرة حول واحدة أدناه)

قعدة منخفض النشاط متوسط النشاط مرتفع النشاط مفرط النشاط
كم عدد الأيام في الأسبوع التي يمكنك أن تقوم بروتين لياقة بدنية عادي؟

تتوافق أثلاتيكو مع قوانين الحقوق المدنية، ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة أو الجنس.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بمركز مصادر أثلاتيكو:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

1. **الموافقة على العلاج:** وبموجب هذا، وأوافق وأفوض المعالج الطبيعي، والمعالج المهني والمتخصصين والمساعدين الآخرين في مجال الرعاية الصحية الذين قد يشاركون في رعايتي، لتوفير الرعاية والعلاج التي يحددها طبيبي و/أو تعتبر ضرورية أو يوصي بها طبيبي أو المعالج الطبيعي أو المعالج المهني أو سائر المتخصصين في الرعاية الصحية. أدرك أن تشخيص العلاج الطبيعي ليس تشخيصاً طبيًا من قبل طبيب. أدرك أن علاجي قد يشمل تقنيات يمكن أن ينتج عنها كدمات، واحمرار بالجلد، وآلام بعد العلاج وورم دموي، بما في ذلك، دون الحصر، تخفيف الضغط المتعلق باللفافة العضلية وتقييد جريان الدم، وتعبئة الأنسجة الرخوة المساعدة، والعلاج باستخدام Asytm® أو Graston® Technique، وتحليل فيديو الرمي وتحليل فيديو المشي. أدرك أنني اتحمل مسؤولية إبلاغ المعالج الطبيعي أو المعالج المهني أو أي متخصص آخر بالرعاية الصحية بشأن ما قد إذا كنت تعرضت لأي تعب أو ألم خلال أي علاج أو إذا كان لدي شواغل أخرى عالقة بشأن علاجي. أدرك أن الاستجابة لتدخل العلاج الطبيعي تختلف من شخص إلى آخر، وقد يؤدي العلاج إلى تفاقم الأعراض الموجودة أو قد يسبب ألم أو إصابة.

2. **اتفاق الحضور بالموعد:** أدرك أهمية الحضور للمعالجة باستمرار، وجدولة المواعيد مسبقاً والوصول إلى مواعيدي دون تأخير. أقر بأنه قد يتم إعادة جدولة مواعيدي حال وصولي متأخراً لأكثر من 15 دقيقة عن مواعيدي المحدد. أدرك وأقر بأن أوقات الموعد الممنوحة أسبوع واحد قد لا تكون متاحة في الأسابيع اللاحقة. أوافق على تقديم إخطار لا يقل عن 24 ساعة عندما احتاج إلى إلغاء أو إعادة جدولة موعد وأدرك أن إلغاء، أو الفشل في الحفاظ على موعد بإخطار بمهلة أقل من 24 ساعة سيؤدي إلى رسوم إلغاء/إلغاء حجز قدره 30 أو 60 دولار اعتماداً على نوع الموعد.

تعويضات المرضى من العمال: أدرك أنه يتطلب من أثلاتيكو إبلاغ ضابط تعويض العمال و/أو مدير التأهيل بشأن جميع المواعيد الفائتة أو الملغاة. أدرك أنه يجب إعادة جدولة الزيارات المنزلية التي فقدتها.

3. **المسؤولية عن الدفع:** تكون جميع المدفوعات المشتركة وخدمات تحمل النفقات (أي VTA، VGA، Astym، الخ) مستحقة وقت تقديم الخدمة. أقر أنه بالنظر في الخدمات التي قدمتها لي أثلاتيكو، أكون مسؤولاً مالياً لدفع فاتورتني. أقر أنه من مسؤوليتي توفير أثلاتيكو بمعلومات التأمين الحالية الخاصة بي وأن أكون على دراية بشأن خطة التأمين وسياساتها. يجب توجيه أي أسئلة قد تكون لدي بخصوص تغطية التأمين الصحي أو مستويات الفائدة إلى خطتي الصحية. قد توفر خطة التأمين الصحي الخاصة بي كل أو جزء من الرسوم وسيبقى الرصيد مسؤوليتي الشخصية، مثل الخصومات، أو الدفع المشترك، أو التأمين المشترك أو الرسوم التي لا يغطيها أو يرفضها التأمين الصحي، أو الرعاية الطبية، أو برامج أخرى أكون مؤهلاً للحصول عليها. أوافق على دفع هذه المبالغ التي تكون ضمن مسؤوليتي. أدرك أن أثلاتيكو سترسل فاتورة ناقل التأمين الشخصي على سبيل المجاملة، ولكن سأكون مسؤولاً في النهاية عن أي مبالغ مستحقة. إذا أصبحت إجراءات التحصيل الرسمية ضرورية، سأكون مسؤولاً عن أي تكاليف متكبدة إضافية كنتيجة لإجراءات التحصيل.

إذا دفعت تدفع أي مبلغ بشيك، فأنا بموجب هذا، أفوض أثلاتيكو لاستخدام المعلومات الموجودة في الشيك لإجراء عملية تحويل الأموال الإلكتروني (EFT/ACH) لمرة واحدة أو حوالة مسحوبة من حسابي. أدرك أنه إذا تم معالجة مدفوعي كتحويل أموال إلكتروني، قد يتم سحب الأموال من حسابي في أقرب وقت وفي نفس اليوم، ولن أتلقى الشيك الخاص بي مرة أخرى من المؤسسة المالية.

يرجى ملاحظة أن رفض التوقيع على هذا النموذج لا يغير من مسؤولية الدفع بأي شكل من الأشكال.

4. **تعيين الفوائد:** وبموجب هذا، أفوض أثلاتيكو للتصرف في جميع الحقوق والمطالبات المتعلقة بالتسديد بموجب سياسة التأمين الصحي الخاصة بي. أوافق على التعاون مع أثلاتيكو وتوفير هذه المعلومات كما هو مطلوب لتعيين أهليتي لهذه الاستحقاقات.

5. **الوصول إلى المعلومات الصحية والكشف عنها:** أدرك أن أثلاتيكو قد توثق المعلومات الطبية والمعلومات الأخرى المتصلة بعلاجي إلكترونياً وفي أشكال أخرى وستستخدم تلك المعلومات أثناء علاجي، لأغراض الدفع ولدعم كل من يقوم برعايتي. أفوض طبيبي (أطباي) والموظفين الإداريين بأثلاتيكو للاتصال بالمتخصصين الآخرين بالرعاية الصحية الذين قد يكون لديهم معلومات تتعلق بظروفي الصحية السابقة والحالية والعلاج. أقر بأنني قد تلقيت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بأثلاتيكو، وأنها تحدد كيفية استخدام والكشف عن معلوماتي الصحية، وكيف يمكنني الوصول إلى والتحكم في معلوماتي الصحية.

☐ أقر بأنني قد تلقيت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بأثلاتيكو، وأنها تحدد كيفية استخدام والكشف عن معلوماتي الصحية، وكيف يمكنني الوصول إلى والتحكم في معلوماتي الصحية. (يرجى تحديد مربع)

بتوقيعي أدناه، أشهد أنني قد قرأت، وأدركت، وأوافق تماماً على كل من البيانات الواردة في هذه الوثيقة وأوقع أدناه بحرية وطوعية.

اسم المريض مطبوع

التاريخ

توقيع المريض أو الشخص المسؤول قانوناً

التاريخ

اسم المذكورين أعلاه مطبوع (إن لم يكن المريض)

تتوافق أثلاتيكو مع قوانين الحقوق المدنية، ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة أو الجنس.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بمركز مصادر أثلاتيكو:

630.575.6200 | 1.877.أثلاتيكو | البريد الإلكتروني: info@athletico.com Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 625 | الهاتف:

لديك حقوق معينة فيما يخص معلوماتك الصحية. يشرح هذا القسم حقوقك وكيفية ممارستها.

ARABIC NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

حقوقك

اطلب لائحة تحدد كشف ومع من تشاركنا المعلومات

- يمكنك طلب قائمة ببعض الشكاوى حول معلوماتك الصحية ، أن وجدت. لن تتضمن هذه القائمة الإفصاحات المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو الإفصاحات المحددة التي قد تكون طلبتها منا.
- سنشمل كل المعلومات الصحية التي كشفت لست سنوات قبل التاريخ الذي طلبته.
- سنوفر لك ذلك مرة في السنة مجاناً لكننا سنطلب منك رسماً معقولاً مبنياً على التكلفة في حال طلبته مرة أخرى ضمن ٢١ شهراً.

احصل على نسخة من إشعار الخصوصية هذا.

- يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت ، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونياً. سوف نوفر لك نسخة ورقية على الفور.

حماية معلوماتك الصحية مهم بالنسبة لنا

- القانون يطلب منا المحافظة على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية. يتوجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموصوفة في هذا الإشعار.
- في حال كنت قلقاً بخصوص انتهاكنا لحقوق خصوصيتك، بإمكانك الاتصال بموظف الخصوصية لدينا على 630-575-2691 أو زيارة www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ بإمكانك أيضاً رفع شكوى كتابية إلى وزير الخدمات الصحية والبشرية الأمريكية. لن يكون هناك أي انتقام مقابل رفع الشكوى.
- الرجاء تقديم طلب خطي في حال رغبت في ممارسة أي من حقوقك المذكورة أعلاه. ستتوفر الاستمارات عند الطلب في أي من منشأتنا أو من خلال الاتصال بالرقم الموجود في نهاية هذا الإشعار.

احصل على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي

- بإمكانك طلب رؤية أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي. يمكنك تقديم طلبك خطياً.
- سنوفر نسخة أو ملخصاً عن معلوماتك الصحية خلال 30 يوماً من تاريخ طلبك. قد نطلب منك رسوماً معقولة مبنية على التكلفة.

اطلب منا تصحيح أو تعديل سجلك الطبي

- يمكنك أن تسألنا كتابة لتصحيح المعلومات الصحية الخاصة بك التي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة.
- قد نقول «لا» لطلبك ، لكن سنكتب لنخبرك عن السبب.

اطلب مراسلات سرية

- بإمكانك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة معينة (مثلاً عبر الهاتف الخليوي) أو أن نرسل لك بريداً لعنوان مختلف. سنحجب الطلبات المعقولة.

اطلب منا تحديد أو حصر ما نستخدم أو نشارك

- بإمكانك أن تطلب منا عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة للعلاج والدفع أو عملياتنا.
- ليس من المطلوب منا الموافقة على طلباتك وقد نجيب ب «لا» في حال قد يؤثر ذلك على العناية بك.
- في حال دفعت لخدمة أو مادة رعاية صحية من مالك الخاص بالكامل يكون بإمكانك أن تطلب منا عدم مشاركة المعلومات لغرض الدفع أو عملياتنا مع تأمينك الصحي.
- سنحجب ب «نعم» إلا في حال يطلب منا القانون مشاركة هذه المعلومات.

الإشعار عند حدوث خرق

- سنعلمك في حال حدوث خرق لمعلوماتك الصحية.

استخداماتنا و كشافاتنا

قد نقوم باستخدام وكشف معلوماتك الصحية دون تفويض كتابي منك للأغراض التالية:

الدفع

- بإمكاننا استخدام وكشف معلوماتك الصحية للمحاسبة وقبض المدفوعات مقابل خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- فمثلاً، قد نتصل بمؤمنك ليدفع لنا مقابل الخدمات التي قدمناها لك.

الاتصال بالمريض

- قد نتصل بك لنحدد أو نذكرك بمواعيد مستقبلية أو لأمر المحاسبة والدفع.

المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي تتلقاه

- قد نستخدم معلوماتك الصحية في توفير وتنسيق رعايتك الصحية. مثلاً، قد يكشف المعالج الفيزيائي معلوماتك الصحية عند استشارة طبيب العناية الأولية الخاص بك بخصوص حالتك الطبية.

عمليات الرعاية الصحية

- قد نستخدم أو نكشف معلوماتك الصحية لمراقبة ودعم العملية في منشأتنا.
- فمثلاً، تقييم نوعية الخدمات المقدمة، و تنفيذ الرخص واعتماد النشاطات ومهام إدارية أخرى.

الصحة العامة والمسائل المتعلقة بالسلامة

- قد نشارك معلوماتك الصحية في مواقف معينة، مثلاً، الوقاية من مرض، الإبلاغ عن اشتباه سوء معاملة أو عنف منزلي، أو الوقاية أو التخفيف من خطر محدد بصحة أو سلامة أي أحد.

تطبيق القانون والمهام المتخصصة للحكومة

- قد نكشف معلوماتك الصحية لأغراض تطبيق القانون كما هو مسموح في القانون. في ظل ظروف معينة، قد نكشف المعلومات الصحية لوحدة الحكومة ذات المهام المتخصصة كالجيش الأمريكي تجاوباً مع الطلبات كما هو مسموح في القانون.

الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية

- قد نكشف معلوماتك الصحية استجابة لمحكمة أو أمر إداري، أو استجابة لاستدعاء أو طلبات قانونية مشابهة.

إلى شركاء العمل

- قد نكشف معلوماتك الصحية إلى «شركائنا في العمل» - أفراد أو شركات تقدم الخدمات إلى Athletico.
- فمثلاً، شريك عمل قد يشمل الشركة التي تدير مطالبات الفواتير لصالح Athletico. في جميع الحالات، نطلب من شركائنا في العمل حماية خصوصية معلوماتكم بشكل مناسب.

إلى الآباء والأوصياء القانونيين للقصر

- كما هو مسموح بالقانون الفيدرالي وقانون الولاية، قد نكشف المعلومات الصحية الخاصة بالقصر للآباء والأوصياء.

معلومات شديدة السرية

- توفر القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية حماية خصوصية إضافية لمعلومات صحية سرية معينة. تشمل المعلومات التي تتعامل مع الصحة العقلية، مرض نقص المناعة المكتسبة، علاج ادمان الكحول والمخدرات.

أفراد الأسرة وأخرون مشاركون في رعايتك

- في حال لم تعارض، قد نكشف معلومات صحية ذات صلة لفرد من العائلة، قريب أو صديق مقرب مشارك في العناية بك أو في دفع مصاريف عنايتك.
- فمثلاً، قد نشارك معلومات مع فرد من الأسرة ليساعدك في فهم عنايتك، التعامل مع فواتيرك، وبرمجة المواعيد.

تعويض العاملين

- قد نكشف معلوماتك الصحية إلى الحد المفوض أو الضروري للامتنال للقوانين المتعلقة بتعويض العاملين أو برامج أخرى مشابهة معترف بها قانونياً. هذه البرامج توفر الفوائد للإصابات والأمراض المرتبطة بالعمل.

كما هو مطلوب بالقانون

- قد نكشف معلومات صحية خاصة بك عند طلبها من قبل القانون الفيدرالي، قانون الولاية، أو القانون المحلي.

نشاطات الرقابة الصحية

- قد نستخدم أو نكشف معلومات صحية خاصة بك لمنظمات الرقابة الصحية من أجل نشاطات مرخصة قانونياً.
- فمثلاً، تشمل نشاطات الرقابة التدقيق، التحقيقات والتفتيشات اللازمة حتى تراقب الحكومة نظام الرعاية الصحية.

مراسلات التسويق

- قد نستخدم أو نكشف معلومات صحية خاصة بك مع منظمات الرقابة الصحية لنتصل بك بخصوص خدمات علاج، منتجات أو مواقع جديدة نعتقد أنها قد تهمك.

الأبحاث

- قد نستخدم معلوماتك الصحية لأغراض البحث في ظروف معينة وبتفويض منك.

الاستخدامات والنشر طبقاً للتفويض

قد يحصل استخدام أو كشف آخر غير المذكور أعلاه لكن بعد موافقتك الخطية. يجوز لك سحب تفويضك في أي وقت، كتابياً، ولكن هذا لن يؤثر على أي استخدام أو إفشاء قمنا به بناء على هذا التفويض.

تغييرات شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار وستطبق التغييرات على المعلومات التي لدينا عنك. الإشعار الجديد سيكون متاحاً عند الطلب، منشوراً في كل من منشأتنا وعلى موقعنا athletico.com.

ينطبق إشعار ممارسات الخصوصية على Athletico Holdings, LLC، شركة ذات مسؤولية محدودة وشركاتها التابعة وشركاتها التابعة الموجهة (هما في ذلك دون التحديد) Athletico، شركة محدودة والشركات التابعة لها (مجموعة Athletico). الرجاء زيارة موقعنا للحصول على اللائحة الكاملة بمواقع Athletico.

في حال كان لديك أي أسئلة أو تود مناقشة هذا الإشعار مزيد من التفصيل، الرجاء الاتصال بموظف الخصوصية على الرقم 630-575 1962 أو compliance@athletico.com. يجري العمل بهذا الإشعار من 1 نيسان 2018.