

日期 _____ 正式名 _____ 出生日期 _____
(名) (姓) (中间名)

地址: _____
(街名) (城市) (州) (邮政编码)

首选名字或昵称 _____

保险中列出的性别 _____ 婚姻状况: 已婚 离婚 单身 寡妇/鳏夫

手机号 _____ 如果要收到预约提醒短信, 请选此处

首选的通信方法 (圈注一项): 电子邮件 家庭电话 日间电话 手机

你的主要语言是什么? _____ 您需要翻译吗? 是 否

您有权免费获得口译服务。如果您需要这些服务, 请通知您的临床医生或办公室协调员。

雇主名称 _____ 雇主电话 _____

雇主总部地址 (城市/州) _____

你是怎么听说 Athletico 的? (请在下面圈出一个)

职业运动队 比赛 耐力训练组 Athletico 诊所/标牌 医生推荐 其他

请说明名字/组织: _____

同意通过电子邮件联系

我同意 Athletico 通过以下电子邮件地址与我联系: _____

同意口头交流

我允许以下人士接收有关我的预约、医疗、账单和付款信息的详细口头信息。我理解这并不授权披露我的书面健康信息。

名字 _____ 关系 _____

名字 _____ 关系 _____

我了解 Athletico 人员可能会拨打我的家庭电话号码或其他替代号码, 并在预约提醒、保险或账单项目上留下语音邮件或与我亲自通话。我还授权在语音留言、答录机或短信中留下预约信息, 并了解以这些通信形式沟通存在一定程度的隐私风险。

紧急联系信息

紧急情况下联系的人:

姓名 _____ 电话号码 _____ 关系 _____

医师信息

推荐医生 _____ 电话 _____

地址 _____

下一次医生预约: 日期 _____ 时间 _____

你有主要保健医生吗? 有 没有

如果有, 希望我们将信件副本寄给你们的主要保健医生吗? 请填写:

主要保健医生 _____ 电话 _____

地址 _____

保险

你与你的保险公司核对了你的治疗福利了吗? (圈注一项) 是 否
今年你接受过物理治疗/康复治疗吗? 是 否
今年你接受过多少次治疗 (包括脊椎疗法)? _____ 你是以前来过的患者吗? 是 否

健康保险

主要保险公司 _____ 保险号码 _____ 入保单位号码 _____
投保人姓名 _____ 关系 _____ 生日 _____
次要保险公司 _____ 保险号码 _____ 入保单位号码 _____
投保人姓名 _____ 关系 _____ 生日 _____

汽车事故

这是汽车事故吗? 是 否 事故日期 _____
事故是在哪个城市和州发生的? _____ 这是诉讼吗? 是 否
律师名字/律师公司名称 _____ 律师电话 _____

工伤赔偿

这是经批准的工伤赔偿吗? 是 否 工伤日期 _____
事故是在哪个城市和州发生的? _____ 工作职称 _____
律师名字/律师公司名称 _____ 律师电话 _____

* 请确保雇主信息已在上一页填写完毕。

病史

年龄 _____ 身高 _____ 体重 _____
你今天要治疗什么问题? 描述症状的类型和发生的部位 _____

你现在的症状 (大约) 是从什么日期开始的? _____

我的症状目前在 (圈选一项): 变好 变坏 保持不变

我的症状目前 (圈选一项): 有时有, 有时无 一直有 一直有, 但随着活动的变化而改变

是什么让你的症状变好? _____

是什么让你的症状更加严重? _____

一天中你的症状在什么时候加重? (一项): 上午 下午 晚上 夜间

到目前为止, 针对这一问题的治疗 (圈选所有适用的选项): 脊椎疗法 针灸 注射

物理治疗 其他 _____

做过的特殊检查?: X-射线 骨扫描 CT 扫描 MRI

列出过去的病史 (比如: 跌倒, 手术, 心脏起搏器), 包括日期 (如果为当前状况请标明)

列出任何过敏 (比如: 乳胶、粘合剂) _____

疼痛强度

以 0-10 的比例评价你的痛苦, "0" 代表没有痛苦, "10" 代表你最严重的痛苦:
过去 24 小时的平均疼痛程度 _____ 最低疼痛 _____ 最高疼痛 _____
你的疼痛发生在哪里? _____
请描述你的痛苦 _____

您最近注意到以下任何一种症状吗? (标明所有适用项)

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肠道或膀胱功能的变化 | <input type="checkbox"/> 头痛 | <input type="checkbox"/> 体重减轻/增加 | <input type="checkbox"/> 轻微头晕 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸急促 | <input type="checkbox"/> 行走时难以保持平衡 | <input type="checkbox"/> 麻木/刺痛感 | <input type="checkbox"/> 食欲的变化 |
| <input type="checkbox"/> 恶心/呕吐 | <input type="checkbox"/> 吞咽困难 | <input type="checkbox"/> 发烧/寒战/出汗 | |
| <input type="checkbox"/> 无力/疲劳 | | <input type="checkbox"/> 晚上疼痛 | |
| | | <input type="checkbox"/> 眩晕 | |

药物治疗 请提供您目前正在服用的所有药物、维生素、补充剂和非处方药的名称。如果你有，我们可以复制一份详细的清单。

药物名称	多少 (剂量)	多久服用一次	如何服用(圈注一项)					
_____	_____	_____	软膏	药丸	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	软膏	药丸	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	软膏	药丸	滴	贴剂	注射	吸入器
_____	_____	_____	软膏	药丸	滴	贴剂	注射	吸入器

列出你任何过敏的药物和你的反应 _____
 你怀孕了吗? 如果是, 多少周? _____ 你经历过与怀孕有关的疼痛吗? _____

在过去的 24 个月里你使用过烟草吗? (选一项) 是 否
仅限适用于 12-20 岁 的患者。 如果你在上面回答否, 你曾经使用过烟草吗? 是 否

你喝酒吗? 是 否 每周喝酒数量: _____

在过去的两周内, 您有多少次被以下问题所困扰?
 • 做事兴趣不大或快感不大: 没有 有几天 每天超过半天的时间 几乎每天都有
 • 感到情绪低落、沮丧或绝望: 没有 有几天 超过半天的时间 几乎每天都有

摔倒的历史
 • 去年摔倒的次数? 0 1 2+
 • 摔倒是否导致了摔伤? 是 否

您是否遭受虐待 (例如: 身体、情感、心理)、忽视、遗弃、物质剥削或不必要的控制? 是 否

盆腔健康问题

如果您遇到下面列出的任何问题, 请选中此选框, 您的治疗师可以与您讨论潜在的治疗方案。你有盆腔疾病的病史 (即尿失禁、盆底酸痛、盆腔/膀胱或腹痛、排便不规律) 吗? 是的

社交历史/休闲活动/锻炼常规

家庭住房: 别墅 公寓 集体住所 疗养院
 你一个人住吗: 是 否
 你目前工作吗: 全职工作 半职工作 不工作 如果不工作,最后一次工作的日期 _____
 您当前的活动程度是多少? (在下面圈注其一)
 久坐 轻度活跃 中度活跃 非常活跃 极活跃
 你每周做多少天的常规健身? _____

如果您有任何问题, 请联系Athletico公司办公室:

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

1. 同意治疗: 我在此同意并授权我的理疗师、康复治疗师和其他可能参与的保健专业人员和助理, 提供由我的医生规定的护理和治疗, 或由我的医生, 物理治疗师, 康复治疗师或其他保健专业人员认为必要或可取的护理和治疗。我明白, 物理治疗诊断不是医生的医学诊断。我知道, 我的治疗可能包括可能导致淤青, 皮肤变红, 治疗后酸痛和血肿的技术, 这些技术包括, 但不限于, 肌筋减压和血流量限制, 辅助软组织运动, Asytm®或 Gradston 技术®, 视频投掷分析和视频步态分析。我明白, 如果我在任何治疗过程中遇到任何不适或疼痛, 或者我对我的治疗有其他未解决的问题, 我有责任通知我的理疗师、康复治疗师或其他保健专业人员。据我了解, 对物理治疗干预的反应因人而异, 治疗可能导致现有症状加重或可能导致疼痛或伤害。

2. 预约协议: 我明白持续参加治疗、提前预约和及时预约的重要性。我认可, 如果我在预定的治疗中迟到超过 15 分钟, 我可能会被重新安排时间。我理解并认可, 某一周的预约时间可能在随后的几周内无法提供。我同意, 在我需要取消或重新安排预约时, 至少提前 24 小时予以通知, 我明白取消或不保留少于 24 小时通知的预约将导致 30 美元或 60 美元的取消预约罚款, 罚款依预约类型而定。

工人补偿的患者: 我明白, Athletico 必须把我所有错过或取消的预约通知给我的工人补偿调节员和/或康复经理。我知道任何错过的预约都必须重新安排。

3. 付款责任: 所有自费金额和自付服务 (即, Astym、Graston、VGA、VTA 等) 均应在被服务时支付。我认可, 考虑到 Athletico 为我提供的服务, 我有经济上的责任支付我的账单。我认可, 我有责任向 Athletico 提供我目前的保险信息, 并且我有责任熟悉我的保险计划及其政策。如果我对我的健康保险覆盖面或福利水平有任何疑问, 应该向我的健康计划询问。我的健康保险计划可能会规定, 所有或部分费用和余额仍将是我的个人责任, 例如我的自费额、挂号费、共同承担额、或未被我的健康保险、医疗保险或其他项目所涵盖的费用或被他们拒绝付的费用。我同意支付任何此类款项, 这是我的责任。据我了解, Athletico 将出于礼貌向我的个人保险投保公司收费, 但我最终要对任何欠款负责。如果有必要启动正式的收债程序, 我负责此类收债程序所产生的任何额外费用。

如果我用支票支付任何金额, 我在此授权 Athletico 使用支票上的信息来处理一次性电子资金转账 (EFT/ACH) 或从我的账户中提取资金。我明白, 如果我的付款是作为 EFT 处理的, 资金可能会在同一天从我的账户中提取, 我将不能从金融机构收回我的支票。

请注意, 拒绝签署此表格不会以任何方式更改付款责任。

4. 福利指定: 我在此指定 Athletico 行使我的健康保险内我的所有权利和报销要求。我同意与 Athletico 合作, 并提供必要的信息, 以确保我有资格享受这些福利。

5. 获取和发布健康信息: 我了解, Athletico 可能会以电子和其他形式记录与我的治疗有关的医疗信息和其他信息, 这些信息将用于我的治疗过程、付款, 并支持那些照顾我的人。我授权我的临床医生和 Athletico 的行政人员与其他医疗专业人员联系, 他们可能有与我以前和现在的健康状况和治疗有关的信息。我承认我已经收到了 Athletico 的 **隐私惯例通知**, 它概述了如何使用和披露我的健康信息, 以及我如何访问和控制我的健康信息。

我承认我已经收到了 Athletico 的 **隐私惯例通知**, 它概述了如何使用和披露我的健康信息, 以及我如何访问和控制我的健康信息。(请选中此框)

通过下面的签名, 我证明我已阅读、理解并完全同意本文件中的每一份声明, 并自由和自愿地签署这个文件。

患者的印刷体名字

患者或法律责任人的签名

日期

上面签名的印刷体名字 (如果不是患者)

日期

Athletico 符合适用的民权法律, 不存在基于种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别的歧视。

如果您有任何问题, 请联系Athletico公司办公室:

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

当涉及到你的健康信息，你有一定的权利。本节将解释您的权利以及如何行使它们。

MANDARIN NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

您的权利

收到您的医疗记录的电子或纸质副本

- 您可以要求查看或接收您的医疗记录的电子或纸质副本。您可以以书面形式提交您的请求。
- 我们将在您要求的30天内提供您的健康信息的副本或摘要。我们可以收取合理的成本费用。

要求我们改正或修改您的病历

- 您可以以书面形式要求我们更正您认为不正确或不完整的有关您的健康信息。
- 我们可能会对您的要求说“不”，但我们会书面告知您原因。

请求保密通信

您可以要求我们以特定的方式（例如，手机）与您联系，或向其他地址发送邮件。我们将满足所有合理的要求。

要求我们限制使用或共享的内容

- 您可以要求我们不要使用或分享某些用于治疗、付款或我们的操作的健康信息。
- 我们没有义务同意您的要求，并且如果它将影响您的护理，我们可能说“不”。
- 如果您全额自费支付服务或医疗保险项目，您可以要求我们不要与您的健康保险人分享这些用于支付付款或我们的操作的信息。
- 我们会对您的要求说“是”，除非法律要求我们分享这些信息。

违约通知

- 如果就您的健康信息有违约行为，我们将通知您。

索取与我们共享信息的披露清单

- 如果有的话，您可以索取我们所做的健康信息的披露清单。这份名单不包括关于治疗、支付，或医疗保健业务的披露和某些您要求我们做的其他披露。
- 从您要求的日期六年前到现在，我们将包括这个期间所有的健康信息披露。
- 我们将每年免费提供给您一份清单，但如果您在12月内要求另一份，将收取合理的成本基础费用。

获取此隐私通知的副本

- 可以随时索取本通知的纸质副本，即使您已同意以电子方式接收该通知。我们将及时为您提供纸质副本。

保护您的健康信息对我们至关重要

- 法律要求我们维护您的受保护健康信息的隐私和安全。我们必须遵守本通知所述的职责和隐私惯例。如果您担心我们侵犯了您的隐私权，您可以致电630-575-1962 或访问www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/与我们的隐私官员联系。你也可以向美国卫生和人类服务部的秘书提出书面控诉。提起申诉不会有任何报复。
- 如果您想行使上述任何权利，您可以提交书面请求。表格可在我们的任何机构领取，或致电本通知末尾的联系电话来领取。

我们的使用和披露

我们可以，在没有您的书面授权下，为下列目的使用和披露您的健康信息：

帮助管理您得到的医疗保健治疗

- 我们可以使用您的健康信息以便于提供和协调您的医疗保健。例如，您的物理治疗师可能会在与您的主要保健医生就您的医疗状况进行咨询时披露您的健康信息。

健康保健业务

- 我们可以使用或披露您的健康信息，以监测和支持我们的机构的运作。
例如，评估所提供服务的品质，执行许可和认证活动以及其他行政职能。

付款

- 我们可以在开账单中，以及收到您医疗服务的付款中，使用和披露您的健康信息。
例如，我们可以与您的保险公司联系，以获得我们为您提供服务的报酬。

患者联系方式

- 为了建立或提醒您未来的预约，账单或付款事宜，我们可以与您联系。

v. 4/1/18

我们的使用和披露 接上页

参与您的护理的家庭成员和其他人员

- 除您反对, 否则我们可能会向家庭成员、亲属或亲密朋友透露相关的健康信息, 因为这些人涉及您的护理或支付您的护理。

例如, 我们可以与某个家庭成员共享信息, 因为他帮助您了解您的护理、处理账单或安排预约等事宜。

工人补偿

- 我们可以在遵守有关工人补偿的法律或法律规定的其他类似项目的前提下, 一定程度上披露您的健康信息。这些项目为工伤或因公生病提供了福利。

按法律规定

- 在联邦、州或当地法律要求下, 我们可能会披露有关您的健康信息。

卫生监督活动

- 我们可以向执行由法律授权的活动的卫生监督机构, 使用或披露有关您的健康信息。

例如, 监督活动可能包括政府监测保健系统所需的审计、调查和检查。

营销沟通

- 我们可以使用和披露您的健康信息, 以便于就有关治疗服务, 产品或新的地点等信息与您联系, 我们相信这些信息可能是您感兴趣的。

研究

- 我们可以在您的授权下的某些研究中, 使用您的健康信息。

公共卫生和安全问题

- 我们可能在某些情况下分享您的健康信息, 例如预防疾病、举报涉嫌虐待、疏忽或家庭暴力、防止或减少对他人的健康或安全构成严重威胁。

执法和特定的政府职能

- 我们可以在法律的允许下, 以执法为目的披露您的健康信息。在某些情况下, 我们可以向有特定的政府职能的单位披露您的健康信息, 比如美国军方对法律授权的请求作出回应时。

应对诉讼和法律程序

- 我们可以根据法院或行政命令, 或根据传票或类似的法律要求, 分享有关您的健康信息。

向业务伙伴

- 我们可以向我们的“业务伙伴”透露您的健康信息, 也就是说为 Athletico 提供服务的个人或公司。

例如, 业务伙伴包括管理 Athletico 的计费报销单的公司。在任何情况下, 我们都要求业务伙伴妥善地保护您的信息的隐私。

对未成年人的父母和法定监护人

- 根据联邦和州法律的允许, 我们可以向父母或监护人披露有关未成年人的健康信息。

高度机密信息

- 联邦和州法律为某些保密的健康信息提供额外的隐私保护。这包括有关心理健康、艾滋病毒/艾滋病、酗酒和药物滥用治疗的信息。

根据授权使用和披露

没有包括在上面所述的情况, 只有在您的书面授权下, 才能在其他情况下使用和披露您的受保护健康信息。您可以在任何时候以书面形式撤销您的授权, 但撤销不会影响我们依赖此授权而已经作出的任何使用或披露。

更改本通知的条款

我们可以更改本通知的条款, 条款变更将适用于有关您的所有信息。新的通知按规定可以获取, 将张贴在我们的每一个机构和我们的网站上 athletico.com。

本隐私声明适用于 Athletico 控股、有限责任公司及其子公司和受控子公司 (适用范围不限于 Athletico 有限公司及其子公司) (统称为 "Athletico")。请访问我们的网站, 上面列出了所有 Athletico 的位置。

如果您有任何问题, 或想更详细地讨论此通知, 请与隐私官员联系 630-575-1962 或 compliance@athletico.com。本通知于2018年4月1日生效。

v. 4/1/18