

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre Legal \_\_\_\_\_

Pronombres Preferidos: Él  (Primer) Ella  (Segundo) Elle  Sólo Mi Nombre  Sin Preferencia  (Apellido) Pronombres fuera de lista: \_\_\_\_\_

Nombre Elegido o Apodo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Sexo como se indica en el Seguro Masculino  Femenino

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

Medio de comunicación preferido: Celular  Casa  Teléfono Diumo  Correo Electrónico

# de Teléfono Preferido \_\_\_\_\_ Para recibir mensajes relacionados con recordatorios de citas, seguros e información de facturación por teléfono, mensajes de texto SMS y/o correo electrónico, marque aquí\*

\*Al marcar la casilla anterior, autorizo a Athletico Physical Therapy a enviarme información sobre mis citas, recordatorios de citas y temas de seguro, cuentas o facturación por correo electrónico, mensaje de texto SMS, o mi teléfono preferido, o cualquier otro número de teléfono que proporcione a Athletico. También autorizo al personal de Athletico a dejar un mensaje de voz con información relacionada con mis citas, recordatorios de citas, temas de seguro, cuentas o facturación. También declaro que entiendo que existe cierto nivel de riesgo de privacidad asociado con cada una de estas formas de comunicación.

### Consentimiento para Comunicación por Correo Electrónico

Acepto recibir comunicaciones por correo electrónico sobre actualizaciones de citas y comunicaciones de marketing de Athletico Physical Therapy en la siguiente dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma primario? \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete? Sí  No

*Tiene derecho a un intérprete sin costo alguno. Si necesita estos servicios, notifique a su Médico o Coordinador de Oficina.*

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección Local del Empleador \_\_\_\_\_

Contacto del Departamento de RH \_\_\_\_\_ Teléfono del Depto. de RH \_\_\_\_\_

### ¿Cómo se enteró de Athletico? (Por favor, elija uno a continuación)

Anuncio  Internet  Sitio Web Athletico  Escuela  Club Deportivo  Artes Escénicas  Seguro de Salud   
Equipo Deportivo Profesional  Carrera  Grupo de entrenamiento de resistencia  Ubicación Athletico/Leteros  Referido Médico   
Otro  Por favor especifique el nombre/organización: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Comunicación Verbal

Doy permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) para recibir información verbal detallada sobre mis citas, atención médica, facturación e información de pago. Entiendo que esto NO autoriza la divulgación de mi información médica escrita.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### Información de Contacto en caso de Emergencia

Persona de contacto en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### Información del Médico

Médico que le refirió \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

¿Tiene un médico de cabecera? Sí  No

En caso de que sí, ¿le gustaría que enviáramos copias de la correspondencia a su médico de atención primaria? Por favor complete:

Médico de Cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### Seguro

- ¿Ha verificado sus beneficios de terapia con su seguro? Sí  No
- ¿Ha tenido terapia física/ocupacional este año calendario? Sí  No
- ¿Cuántos tratamientos (incluyendo quiropráctica) ha recibido este año calendario? \_\_\_\_\_ ¿Paciente Antiguo? Sí  No

### Seguro de Salud

Compañía de Seguros Primaria \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros Secundaria \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Accidente Automovilístico / Lesión Personal

- ¿Esto es un accidente automovilístico? Yes  No  ¿Esto es una Lesión Personal? Yes  No
- Fecha del Accidente \_\_\_\_\_
- ¿En cuál Ciudad y Estado ocurrió esto? \_\_\_\_\_ ¿Esto es una demanda? Yes  No
- Nombre del Abogado/Bufete \_\_\_\_\_ Teléfono del Abogado \_\_\_\_\_

### Compensación Laboral

- ¿Es esta una lesión de compensación laboral aprobada? Sí  No  Fecha de la Lesión \_\_\_\_\_
- ¿En cuál Ciudad y Estado ocurrió la lesión? \_\_\_\_\_ Posición Laboral \_\_\_\_\_
- Nombre del Abogado/Bufete \_\_\_\_\_ Teléfono del Abogado \_\_\_\_\_

*\*Por favor asegúrese de que la información de que la información del empleador esté completa en la página anterior.*

### Historial Social/Actividades de Ocio/Rutina de Ejercicios

- Hogar  Casa  Condominio/Apartamento  Residencia Grupal  Hogar Geriátrico
- Usted Vive Sólo/a: Sí  No
- Usted está trabajando actualmente: Trabajo Completo  Trabajo Ligero  No está trabajando
- Si no está trabajando, fecha de último trabajo \_\_\_\_\_

### Historial Médico

- ¿Por qué problema(s) está siendo tratado hoy? Describa el tipo y la ubicación de los síntomas \_\_\_\_\_
- ¿En qué fecha (aproximadamente) comenzaron sus síntomas actuales? \_\_\_\_\_
- Actualmente mis síntomas están: Mejorando  Empeorando  Manteniéndose Igual
- Actualmente mis síntomas: Van y vienen  Son Constantes  Constantes, pero cambian con la actividad
- ¿Qué hace que sus síntomas mejoren? \_\_\_\_\_
- ¿Qué hace que sus síntomas empeoren? \_\_\_\_\_
- ¿A qué hora del día empeoran sus síntomas?: Mañana  Tarde  Noche  Madrugada
- ¿Ha notado recientemente alguno de los siguientes? (Marque todos los que apliquen)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <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"/> Aturdimiento          |
| <input type="checkbox"/> Falta de Respiración                            | <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener el equilibrio al caminar | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo   | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                                 | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar                            | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudores |  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad/fatiga                                |  | <input type="checkbox"/> Dolor por la noche         |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Mareos                     |  |

Tratamiento recibido hasta el momento para este problema: Quiropráctica  Acupuntura  Inyecciones  Fisioterapia/Terapia Ocupacional

Otras Pruebas Especiales Realizadas: \_\_\_\_\_  
Rayos-X  Examen de los Huesos  Tomografía Computarizada  Imagen de Resonancia Magnética

Enliste su historial médico anterior (i. e., caídas, cirugías, marcapasos) incluyendo fechas (indique si es para la condición actual) \_\_\_\_\_

¿Usted toma alcohol? Sí  No  # de tragos por semana: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? Si es así, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_

Si está embarazada, ¿ha experimentado dolor relacionado con el embarazo? \_\_\_\_\_

### MIPS

Examen de Índice de Masa Corporal: Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**Detección de Depresión:** Dentro de las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

- Poco interés o placer en hacer las cosas: Para nada  Varios Días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días
- Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado: Para nada  Varios Días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

**Medicamentos:** ¿Actualmente está tomando/usando algún medicamento, hierbas, vitaminas, suplementos o productos de cannabis? Sí  No   
Si así es, por favor enliste a continuación.

Nombre del Medicamento	Qué tanto (dosis)	Frecuencia	Cómo los toma (encierre uno)
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> píldora <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> píldora <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> píldora <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> píldora <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/>

Enliste cualquier alergia (i.e., medicamentos, látex, adhesivos) \_\_\_\_\_

### Detección de Caídas:

- ¿Número de caídas en el último año? 0  1  2+
- ¿Se produjo una lesión en una caída? Sí  No

**Evaluación de abuso/maltrato:** ¿Está sufriendo de abuso (p. ej., físico, emocional, psicológico), negligencia, abandono, explotación material o control injustificado? Sí  No

**Detección de Tabaco (12+ años):** ¿Ha consumido tabaco en los últimos 6 meses? (Marque uno) Sí  No

### Examen de Salud Pélvica:

- ¿Tiene un diagnóstico activo de incontinencia urinaria de un médico? Sí No
- Independientemente del diagnóstico activo, ¿está experimentando actualmente incontinencia urinaria? Sí No
- ¿Está experimentando otros síntomas o inquietudes sobre la salud pélvica (es decir, pesadez en el piso pélvico, dolor pélvico/de vejiga o abdominal, evacuaciones intestinales irregulares) Sí No

Athletico Physical Therapy cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, edad, religión, sexo, origen nacional, estado socioeconómico, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, condición de veterano o su fuente de pagos. Será tratado con dignidad, compasión y respeto como individuo.

12/15/22

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese al: 1-877-ATHLETICO | email: info@athletico.com

**1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente consiento y autorizo a mi fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y otros profesionales de la salud y asistentes que puedan estar involucrados en mi atención, a brindar la atención y el tratamiento prescritos por mi médico y/o considerados necesarios o aconsejables por mi médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional u otros profesionales de la salud. Entiendo que un diagnóstico de fisioterapia no es un diagnóstico médico realizado por un doctor. Entiendo que mi tratamiento puede incluir técnicas que pueden provocar moretones, enrojecimiento de la piel, dolor después del tratamiento y hematoma, incluidas, entre otras, descompresión miofascial y restricción del flujo sanguíneo, Movilización Asistida de Tejidos Blandos, Asytm® o Graston Technique®, Video Análisis de Lanzamiento y Video Análisis de la Marcha. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi fisioterapeuta, terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud si experimento alguna molestia o dolor durante cualquier tratamiento o si tengo otras inquietudes no resueltas sobre mi tratamiento. Entiendo que la respuesta a la intervención de fisioterapia varía de persona a persona y es posible que el tratamiento provoque el agravamiento de los síntomas existentes o cause dolor o lesiones.

**2. ACUERDO DE ASISTENCIA A LA CITA:** Entiendo la importancia de asistir a terapia constantemente, programar citas con anticipación y llegar puntualmente a mi cita. Reconozco que se me puede reprogramar si llego más de 15 minutos tarde a mi cita programada. Entiendo y reconozco que los horarios de las citas dadas para una semana pueden no estar disponibles en las semanas siguientes. Acepto proporcionar un aviso con al menos 24 horas de anticipación cuando necesito cancelar o reprogramar una cita y entiendo que la cancelación o el incumplimiento de una cita con menos de 24 horas de anticipación resultará en un cargo por cancelación/ausencia de \$30 o \$60 dependiendo del tipo de cita.

**PACIENTES DE COMPENSACIÓN LABORAL:** Entiendo que Athletico debe informar a mi Ajustador de Compensación Laboral y/o Gerente de Rehabilitación de todas las citas perdidas o canceladas. Entiendo que cualquier visita perdida debe ser reprogramada.

**3. RESPONSABILIDAD DE PAGO:** Todos los copagos y servicios de pago por cuenta propia (es decir, Astym, Graston, VGA, VTA, etc.) vencen en el momento del servicio. Reconozco que, en consideración de los servicios que me brindó Athletico, soy financieramente responsable del pago de mi factura. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionarle a Athletico la información actual de mi seguro y familiarizarme con mi plan de seguro y sus políticas. Cualquier pregunta que tenga sobre la cobertura de mi seguro médico o los niveles de beneficios debe dirigirse a mi plan de salud. Mi plan de seguro médico puede establecer que todos o una parte de los cargos y el saldo sigan siendo mi responsabilidad personal, como mi deducible, copago, coseguro o cargos no cubiertos o denegados por mi seguro médico, Medicare u otros programas para los cuales sea elegible. Estoy de acuerdo en pagar cualquier monto que sea mi responsabilidad. Entiendo que Athletico facturará a mi aseguradora personal como cortesía, pero que soy el responsable final de cualquier monto adeudado. Si se hacen necesarios los procedimientos formales de cobro, soy responsable de cualquier costo adicional incurrido como resultado de dichos procedimientos de cobro.

Si pago cualquier cantidad con un cheque, autorizo a Athletico a usar la información del cheque para procesar una Transferencia Electrónica de Fondos (EFT/ACH) única o un giro extraído de mi cuenta. Entiendo que si mi pago se procesa como EFT, los fondos pueden retirarse de mi cuenta tan pronto como el mismo día y no recibiré mi cheque de vuelta de mi institución financiera.

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

**4. CESIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente cedo a Athletico todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo mi póliza de seguro médico. Acepto cooperar con Athletico y proporcionar la información necesaria para establecer mi elegibilidad para dichos beneficios.

**5. ACCESO A Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Entiendo que Athletico puede documentar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento en forma electrónica y de otro tipo y que dicha información se utilizará en el curso de mi tratamiento, con fines de pago y para respaldar esos que me están cuidando. Autorizo a mi(s) médico(s) y al personal administrativo de Athletico a comunicarse con otros profesionales de la salud que puedan tener información relacionada con mis condiciones de salud y tratamiento anteriores y actuales. Reconozco que he recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Athletico y que el mismo describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud 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 describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud 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 estoy completamente de acuerdo con cada una de las declaraciones en este documento y firmo a continuación libre y voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Responsable Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del de arriba (si no es el Paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

Athletico cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información.

### Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y cómo ejercerlos.

#### Recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o impresa de su expediente médico. Puede presentar su solicitud por escrito.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud dentro de los 30 días de su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### Pedirnos que corrijamos o enmendemos su expediente médico

- Puede solicitarnos por escrito que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono celular) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Daremos cabida a todas las solicitudes razonables.

#### Pedirnos que restrinjamos o limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.

#### Ser notificado de una infracción

- Le notificaremos si hay una violación de su información de salud.

#### Solicitar una lista de ciertas divulgaciones con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su información médica realizadas por nosotros, si corresponde. Esta lista no incluirá divulgaciones sobre tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones que nos haya pedido que hagamos.
- Incluiremos todas las divulgaciones de información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que usted solicite.
- Le proporcionaremos esto una vez al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de 12 meses.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

#### Proteger su información de salud es importante para nosotros

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad llamando al 630-575-1962 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja.
- Si desea ejercer cualquiera de sus derechos anteriores, puede enviar una solicitud por escrito. Los formularios estarán disponibles según previa solicitud en cualquiera de nuestras instalaciones, o llamando al número de contacto que se encuentra al final de este Aviso.

### Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos, sin su autorización por escrito, usar y divulgar su información de salud para los siguientes propósitos:

#### Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información de salud en la provisión y coordinación de su atención médica. Por ejemplo, su fisioterapeuta puede divulgar su información de salud al consultar con su médico de atención primaria sobre su condición médica.

#### Operaciones de atención médica

- Podemos usar o divulgar su información de salud para monitorear y apoyar la operación de nuestras instalaciones.  
*Por ejemplo, evaluar la calidad de los servicios prestados, realizar actividades de concesión de licencias y acreditaciones y otras funciones administrativas.*

#### Pago

- Podemos usar y divulgar su información médica para facturar y recibir pagos por sus servicios de atención médica.  
*Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguradora para recibir el pago de los servicios que le brindamos.*

#### Contacto con el Paciente

- Es posible que nos comuniquemos con usted para programar o recordarle futuras citas, asuntos de facturación o pagos.

### **Miembros de la familia y otras personas involucradas en su cuidado**

- 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 su atención.

*Por ejemplo, podemos compartir información con un miembro de la familia para ayudarlo a comprender su atención, manejar sus facturas o programar citas.*

### **Compensación laboral**

- Podemos divulgar su información médica en la medida en que lo autorice y en la medida en que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares establecidos por ley. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Como lo requiera la ley**

- Podemos divulgar información médica sobre usted cuando lo exija la ley federal, estatal o local.

### **Actividades de supervisión de la salud**

- Podemos usar o divulgar su información de salud con agencias de supervisión 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 contactarlo con información sobre servicios de tratamiento, productos o nuevas ubicaciones que creemos que podrían ser de su interés..

### **Investigaciones**

- Podemos usar su información de salud para fines de investigación en ciertas circunstancias con su autorización.

### **Cuestiones de salud y seguridad pública**

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, como prevenir enfermedades, denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

### **Aplicación de la ley y funciones gubernamentales especializadas**

- Podemos divulgar su información de salud para fines de aplicación de la ley según lo permita la ley. Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar información de salud a unidades del gobierno con funciones especializadas.

### **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación o solicitud legal similar.

### **A los socios comerciales**

- Podemos divulgar su información de salud a nuestros "socios comerciales": personas o empresas que brindan servicios para Athletico.  
*Por ejemplo, un socio comercial incluiría la empresa que administra las reclamaciones de facturación de Athletico. En todos los casos, exigimos a los socios comerciales que protejan adecuadamente la privacidad de su información.*

### **A los Padres y tutores legales de los menores**

- Según lo permita la ley federal y estatal, podemos divulgar información de salud sobre menores a sus padres o tutores.

### **Información altamente confidencial**

- Las leyes federales y estatales brindan protección de privacidad adicional para cierta información médica confidencial. Esto incluye información relacionada con el tratamiento de la salud mental, el VIH/SIDA, el alcohol y el abuso de drogas.

#### **Usos y divulgaciones conforme a una autorización**

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida, no descritos anteriormente, se realizarán únicamente con su autorización. Puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto que una revocación no afectará ningún uso o divulgación que hayamos hecho en función de 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 tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a su petición, publicado en cada uno de nuestras facilidades y nuestro sitio web en [athletico.com](http://athletico.com).

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a Athletico Holdings, LLC y sus subsidiarias y afiliadas controladas (incluidas, entre otras, Athletico, Ltd. y sus subsidiarias) (colectivamente, "Athletico"). Visite nuestro sitio web para obtener una lista completa de todas las ubicaciones de Athletico.

Si tiene alguna pregunta o desea analizar este Aviso con más detalle, comuníquese con el oficial de privacidad al 630-575-1962 o [c.compliance@athletico.com](mailto:c.compliance@athletico.com). Este Aviso es efectivo a partir del 1 de abril de 2018