

التاريخ _____ الاسم الكامل _____
 (الاسم الأول) (اسم الأب) (اسم العائلة)
 الضمير المفضل: هو/ له هي/ لها اسمي فقط لا توجد تفضيلات الضمير المفضل غير موجود في القائمة: _____
 الاسم المختار أو المستعار _____ تاريخ الولادة _____ العمر _____
 الجنس المسجل في التأمين ذكر أنثى
 العنوان: _____
 (الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)
 وسيلة الاتصال المفضلة: هاتف متحرك هاتف المنزل هاتف يومي خلال ساعات العمل بريد إلكتروني

رقم الهاتف المفضل: _____ لاستلام الرسائل المتعلقة بتحديد رسائل تذكير بالموعد والتأمين ومعلومات الفوترة عن طريق الهاتف، وإرسال الرسائل النصية القصيرة، و/ أو البريد الإلكتروني، يرجى وضع علامة داخل المربع *

* من خلال تحديد المربع أعلاه، أسمح ل Athleticco Physical Therapy بإرسال معلومات لي حول مواعيدي وتذكيرات المواعيد والتأمين، والحساب أو تفاصيل الفواتير عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية القصيرة أو هاتفي المفضل أو أي رقم هاتف آخر أقدمه إلى Athleticco . كما أسمح لموظفي Athleticco بترك بريد صوتي يحتوي على معلومات تتعلق بمواعيدي أو تذكيرات المواعيد أو التأمين أو الحساب أو عناصر الفواتير. أقر أيضًا أنني أفهم أن هناك مستوى معينًا من مخاطر الخصوصية المرتبطة بكل شكل من أشكال الاتصال هذه.

موافقة على التواصل بالبريد الإلكتروني

أوافق على تلقي اتصالات عبر البريد الإلكتروني بخصوص تحديثات المواعيد والاتصالات التسويقية من شركة Athleticco Physical Therapy على عنوان البريد الإلكتروني التالي:

ما هي لغتك الأساسية؟ _____ هل تحتاج إلى مترجم؟ نعم لا
 لديك الحق في الحصول على مترجم دون أي تكلفة. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فأخبر طبيبك أو منسق المكتب.

اسم صاحب العمل _____ هاتف صاحب العمل _____
 العنوان المحلي لصاحب العمل _____
 شخص الاتصال بقسم الموارد البشرية _____ هاتف قسم الموارد البشرية _____

كيف سمعت عن Athleticco ؟ (يرجى اختيار إحدى الإجابات أدناه)

إعلان الإنترنت الموقع الإلكتروني ل Athleticco المدرسة نادي رياضي الفنون الأدائية التأمين فريق رياضي محترف سباق مجموعة تدريبات القدرة موقع أو لافتات Athleticco إحالة من طبيب أخرى يرجى تحديد الاسم/الشركة: _____

موافقة على التواصل شفهيًا

أمنح الإذن للشخص (الأشخاص) التاليين بتلقي معلومات شفوية مفصلة فيما يتعلق بمواعيدي والرعاية الطبية ومعلومات الفواتير والدفع. أدرك أن هذا لا يسمح بالكشف عن معلوماتي الصحية المكتوبة.

الاسم _____ الصلة _____
 الاسم _____ الصلة _____

معلومات الاتصال بالحالات الطارئة

الشخص الذي ينبغي الاتصال به في حالة طارئة:

الاسم _____ رقم الهاتف _____ الصلة _____

معلومات الطبيب

الطبيب المحول _____ هاتف _____

العنوان _____

الموعد القادم لمراجعة الطبيب: التاريخ _____ الوقت _____

هل لديك طبيب رعاية أولية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، هل تريد منا أن نرسل نسخًا من المراسلات إلى طبيب الرعاية الأولية الخاص بك؟ يرجى ملء المطلوب أدناه:

طبيب الرعاية الأولية _____ هاتف _____

العنوان _____

التأمين

- هل قمت بالتحقق من فوائد العلاج الخاصة بك من خلال التأمين الخاص بك؟ نعم لا
- هل تلقيت علاجاً طبيعياً/مهنيًا في هذا العام الميلادي؟ نعم لا
- كم عدد العلاجات (بما في ذلك العلاج بتقويم العمود الفقري) التي تلقيتها في هذا العام الميلادي؟ _____ مريض سابق؟ نعم لا

التأمين الصحي

شركة التأمين الأساسية _____ رقم التعريف _____ رقم المجموعة _____
اسم حامل البوليصة _____ الصلة _____ تاريخ الميلاد _____

رقم شركة التأمين الثانوية _____ رقم التعريف _____ رقم المجموعة _____
اسم حامل البوليصة _____ الصلة _____ تاريخ الميلاد _____

حادث سيارة / إصابة شخصية

- هل هذا حادث سيارة؟ نعم لا هل هذه إصابة شخصية؟ نعم لا
- تاريخ الحادث _____

- في أي مدينة وأي ولاية حدث ذلك؟ _____ هل هذه دعوى قضائية؟ نعم لا
- المحامي/اسم الشركة _____ هاتف المحامي _____

الإصابة المستحقة للتعويض (يرجى إكمال هذا القسم فقط إذا كنت قد تعرضت لإصابة عمل)

*يرجى التأكد من ملء معلومات صاحب العمل في الصفحة السابقة.

- هل هذه إصابة عمل معتمدة؟ نعم لا تاريخ الإصابة _____
في أي مدينة وولاية وقعت الإصابة؟ _____

- هل تعاقدت مع محام لتمثيلك القانوني فيما يتعلق بإصابة العمل هذه؟ نعم لا

المحامي/اسم الشركة _____ هاتف المحامي _____

المسمى الوظيفي _____ مدة الخدمة مع جهة العمل الحالية _____

- الوضع الوظيفي الحالي للوظيفة التي تعرضت للإصابة بها؟ واجب كامل واجب معدل لا يعمل

- هل تم رؤيتك مؤخرًا في غرفة الطوارئ بسبب الألم الناتج عن إصابة العمل هذه؟ نعم لا

- هل خضعت مؤخرًا لجراحة أو تم إدخالك إلى المستشفى؟ نعم لا

- هل شعرت بظهور ألم أو وخز أو حرق أو ضعف في المؤخرة أو الفخذ أو القدم (إصابة في الظهر)، أو الكتف، الذراع أو اليد (إصابة في الرقبة)؟ نعم لا

- هل تعاني حاليًا أو سبق لك أن كنت تعاني من: السكري؟ نعم لا الاكتئاب؟ نعم لا القلق؟ نعم لا ارتفاع ضغط الدم؟ نعم لا

- هل تتناول حاليًا المخدرات أو المواد المسكنة لإدارة الألم؟ نعم لا

- هل تتناول حاليًا مميعات الدم؟ نعم لا

- هل تشعر بأنك قد كنت تعاني من مشكلة إدمان المواد من قبل؟ نعم لا أحيانًا

- هل تغيبت عن العمل في الماضي بسبب إصابة عمل؟ نعم لا

- هل لديك القدرة على اختيار العمل في ساعات إضافية؟ نعم لا هل يُطلب منك العمل لساعات عمل إضافية؟ نعم لا

التاريخ الطبي

ما هي المشكلة (المشاكل) التي تتلقى العلاج بشأنها اليوم؟ وصف نوع وموقع الأعراض _____

في أي تاريخ (تقريبًا) بدأت أعراضك الحالية؟ _____

أعراض حاليًا هي: التحسن التدهور البقاء على نفس الحال

أعراض حاليًا: تظهر وتختفي مستمرة مستمرة لكنها تتغير مع النشاط

ما الذي يؤدي إلى تحسين الأعراض لديك؟ _____

ما الذي يجعل الأعراض لديك تصبح أسوأ؟ _____

في أي وقت من اليوم تكون أعراضك أسوأ؟ صباحاً بعد الظهر مساءً طوال الليل

- هل لاحظت مؤخرًا أيًا مما يلي؟ (حدد المربعات حيثما ينطبق)
- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> الصداع | <input type="checkbox"/> تغيرات في وظيفة الأمعاء أو المثانة | <input type="checkbox"/> فقدان/زيادة الوزن | <input type="checkbox"/> تغيرات في الشهية |
| <input type="checkbox"/> ضيق في التنفس | <input type="checkbox"/> صعوبة الحفاظ على التوازن أثناء المشي | <input type="checkbox"/> التشنج/الوخز | <input type="checkbox"/> الدوار |
| <input type="checkbox"/> الغثيان/القيء | <input type="checkbox"/> صعوبة في البلع | <input type="checkbox"/> حمى/قشعريرة/تعرق | <input type="checkbox"/> تغيرات في الشهية |
| <input type="checkbox"/> الضعف/التعب | <input type="checkbox"/> ألم في الليل | <input type="checkbox"/> ألم في الليل | <input type="checkbox"/> الدوخة |

العلاج الذي تم تلقيه حتى الآن لهذه المشكلة: العلاج بتقويم العمود الفقري الوخز بالإبر الحقن أخرى _____

العلاج الطبيعي / المهني

الاختبارات الخاصة التي تم إجراؤها: الأشعة السينية فحص العظام الأشعة المقطعية التصوير بالرنين المغناطيسي

قم بإدراج التاريخ الطبي السابق (من ذلك: السقوط، والعمليات الجراحية، وجهاز تنظيم ضربات القلب) بما في ذلك التاريخ (أشر إلى الحالة الحالية) _____

هل انت حامل؟ إذا كان الجواب نعم، كم عدد الأسابيع؟ _____

إذا كنت حاملاً، هل عانيت من آلام مرتبطة بالحمل؟ _____

MIPS نظام دفع الحوافز على أساس الجدارة

فحص مؤشر كتلة الجسم: الطول _____ الوزن _____

فحص الاكتئاب: خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة انزعجت من أي من المشاكل التالية؟

- القليل من الاهتمام أو المتعة في القيام بالأشياء: ليس على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف أيام كل يوم تقريباً
- الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس: ليس على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف أيام كل يوم تقريباً

الأدوية: هل تتناول/تستخدم حالياً أي أدوية أو أعشاب أو فيتامينات أو مكملات غذائية أو منتجات القنب؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكرها أدناه.

اسم الدواء	عدد الجرعات	عدد مرات تناول الدواء	طريقة تناول الدواء (ضع دائرة)
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> قطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> قطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> قطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	مرهم <input type="checkbox"/> أقراص <input type="checkbox"/> قطرة <input type="checkbox"/> ضمادة <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> استنشاق <input type="checkbox"/>

اذكر أي من أنواع الحساسية (مثل الأدوية واللاتكس والمواد اللاصقة)

فحص السقوط:

• عدد السقوط خلال العام الماضي؟ 0 1 أكثر من مرتين

• هل أدى السقوط إلى الإصابة؟ نعم لا

فحص سوء المعاملة/سوء المعاملة: هل تعاني من سوء المعاملة (على سبيل المثال: جسدي، عاطفي، نفسي)، أو الإهمال، أو الهجر، أو الاستغلال المادي، أو السيطرة غير المبررة؟ نعم لا

فحص الكحول: كم مرة في العام الماضي تناولت 5 مشروبات (للرجال) أو 4 (للنساء وجميع البالغين فوق 65 عاماً) في اليوم؟ _____

فحص التبغ (+12 سنة): هل استخدمت التبغ خلال الـ 6 أشهر الماضية؟ (اختر إحدى الإجابتين) نعم لا

فحص صحة الحوض:

- هل لديك تشخيص فعال لسلس البول من قبل الطبيب؟ نعم لا
- بغض النظر عن التشخيص النشط، هل تعاني حاليًا من سلس البول؟ نعم لا
- هل تعاني من أي أعراض أو مخاوف أخرى تتعلق بصحة الحوض (مثل ثقل قاع الحوض، أو آلام الحوض/المثانة أو البطن، أو عدم انتظام حركة الأمعاء)؟ نعم لا

التاريخ الاجتماعي/الأنشطة الترفيهية/التمارين الروتينية

البيت المنزل شقة دار رعاية هل تعيش بمفردك: نعم لا طبيعة عملك الحالية: أداء الواجب كاملاً أداء الواجب بشكل مخفف لا تعمل إذا لم تكن تعمل، اذكر تاريخ آخر مرة عملت فيها _____

تلتزم أثليتيكو للعلاج الطبيعي بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا يمارس التمييز على أساس العرق أو العمر أو الدين أو الجنس أو الأصل القومي أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير أو الإعاقة أو الحالة العسكرية أو جهة دفع التكاليف. سوف تتم معاملتك على أساس الكرامة والرحمة واحترامك كفرد.

23/1/4

إذا كان لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع 1-877-ATHLETICO ، بريد إلكتروني: info@athletico.com

1. **الموافقة على العلاج:** أوافق بموجب هذا وأمنح الإذن لأخصائي العلاج الطبيعي والمعالج المهني وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية والمساعدين الذين قد يشاركون في رعايتي، بتقديم الرعاية والعلاج الموصوف من قبل طبيبي و/أو الذي يعتبر ضرورياً أو ينصح به طبيبي أو المعالج الطبيعي أو المعالج المهني أو غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية. وأدرك أن تشخيص العلاج الطبيعي ليس تشخيصاً طبيياً من قبل الطبيب وأن علاجي قد يتضمن تقنيات يمكن أن تؤدي إلى ظهور كدمات واحمرار في الجلد وألم بعد العلاج وورم دموي، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تخفيف الضغط الليفي العضلي وتقييد تدفق الدم، أو تحفيز الأنسجة العضلية الرخوة أو تقنية جراستون، تحليل الرمي باستخدام الفيديو **Video Throwing Analysis** وتحليل المشي باستخدام الفيديو **Video Gait Analysis**. أدرك أنه من مسؤوليتي إبلاغ أخصائي العلاج الطبيعي أو المعالج المهني أو أي متخصص آخر في الرعاية الصحية إذا شعرت بأي إزعاج أو ألم أثناء أي علاج أو إذا كانت لدي مخاوف أخرى لم يتم حلها بشأن علاجي. أدرك أن الاستجابة لتدخل العلاج الطبيعي تختلف من شخص لآخر ومن الممكن أن يؤدي العلاج إلى تفاقم الأعراض الموجودة أو قد يسبب الألم أو الإصابة.

2. **الموافقة على الحضور في المواعيد:** أدرك أهمية حضور العلاج باستمرار، وتحديد المواعيد مسبقاً والوصول بسرعة في وقت مواعي. أقر بأنه قد تتم إعادة جدولة الموعد إذا وصلت متأخراً بما يزيد على 15 دقيقة عن الموعد المقرر. أدرك وأقر بأن أوقات المواعيد المحددة لمدة أسبوع قد لا تكون متاحة في الأسابيع اللاحقة. أوافق على تقديم إشعار قبل 24 ساعة على الأقل في حال احتجت إلى إلغاء موعد أو إعادة جدولته وأدرك أن إلغاء الموعد أو عدم الاحتفاظ به مع تقديم إشعار خلال مدة تقل عن 24 ساعة سيؤدي إلى فرض رسوم إلغاء/عدم حضور مقدارها 30 دولاراً أو 60 دولاراً حسب نوع الموعد.

العمال المرضى مستحقو التعويض: أدرك أن شركة أثلتيكو مطالبة بإبلاغ مسؤول تعويض العمال و/أو مدير إعادة التأهيل، المعنيين بحالتي، بجميع المواعيد الفائتة أو الملغاة. وأدرك أنه يجب إعادة جدولة أي زيارات فائتة.

3. **مسؤولية الدفع:** جميع خدمات مساهمات المنقح والدفع الذاتي (مثل **Graston Astym** و **VGA** و **VTA** وما إلى ذلك) تكون مستحقة الدفع وقت تقديم الخدمة. أقر أنه بالنظر إلى الخدمات المقدمة لي من قبل أثلتيكو، فإنني مسؤول مالياً عن دفع فاتورتتي. أقر أنه من مسؤوليتي تزويد أثلتيكو بمعلومات التأمين الحالية الخاصة بي والتعرف على خطة التأمين الخاصة بي وسياساتها. يجب توجيه أي أسئلة لدي فيما يتعلق بتغطية التأمين الصحي أو مستويات المزايا إلى خطتي الصحية. قد تنص خطة التأمين الصحي الخاصة بي على أن كافة الرسوم والرصيد أو جزءاً منها سيظل مسؤوليتي الشخصية، مثل المستقطعات أو مساهمات المنقح أو التأمين المشترك أو الرسوم التي لا يغطيها أو يرفضها تأميني الصحي أو مديكير أو برامج أخرى الذي أنا مؤهل له. وأوافق على دفع أي من هذه المبالغ التي تقع على عاتقي. أدرك أن شركة أثلتيكو سترسل فاتورة لشركة التأمين الشخصية الخاصة بي على سبيل المجاملة، ولكنني مسؤول في النهاية عن أي مبالغ مستحقة. إذا أصبحت إجراءات التحصيل الرسمية ضرورية، فأنا مسؤول عن أي تكاليف إضافية يتم تكبدها نتيجة لإجراءات التحصيل هذه.

4. إذا قمت بدفع أي مبلغ بشيك، فأنا بموجب هذا أفوض أثلتيكو لاستخدام المعلومات على الشيك للبدء بإجراءات تحويل الأموال الإلكتروني مرة واحدة (**EFT/ACH**) أو حوالة مسحوبة من حسابي. أدرك أنه إذا تمت إنجاز إجراءات دفع المبلغ المستحق من تحويل إلكتروني، فقد يتم سحب الأموال من حسابي في أقرب وقت من نفس اليوم ولن أسترد الشيك الخاص بي من المؤسسة المالية التي أتعامل معها.

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

5. **التنازل عن المزايا:** أتنازل بموجب هذا لشركة أثلتيكو عن جميع حقوق ومطالباتي بالتعويض بموجب بوليصة التأمين الصحي الخاصة بي. أوافق على التعاون مع أثلتيكو وتقديم المعلومات اللازمة لإثبات أهليتي للحصول على هذه المزايا.

6. **الوصول إلى المعلومات الصحية والإفصاح عنها:** أدرك أن شركة أثلتيكو قد تقوم بنوثق المعلومات الطبية وغيرها من المعلومات المتعلقة بعلاجي في أشكال إلكترونية وغيرها وأن هذه المعلومات سيتم استخدامها أثناء علاجي، لأغراض الدفع ودعم هؤلاء الذين يعتنون بي. أسمح لطبيبي (أطبائي) والموظفين الإداريين في أثلتيكو بالاتصال بمتخصصي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يكون لديهم معلومات تتعلق بحالتي الصحية السابقة والحالية وعلاجي. أقر بأنني تلقيت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بشركة أثلتيكو وأنه يوضح كيفية استخدام معلوماتي الصحية والإفصاح عنها وكيف يمكنني الوصول إلى معلوماتي الصحية والتحكم فيها.

أقر بأنني تلقيت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بشركة أثلتيكو وأنه يوضح كيفية استخدام معلوماتي الصحية والإفصاح عنها وكيف يمكنني الوصول إلى معلوماتي الصحية والتحكم فيها. (يرجى وضع إشارة (✓) داخل المربع)

من خلال توقيعك أدناه، أشهد أنني قرأت وفهمت وأوافق تماماً على كل من البيانات الواردة في هذه الوثيقة وأوقع أدناه بحرية وبمحض اختياري.

اسم المريض

توقيع الشخص المسؤول قانونياً

التاريخ

التاريخ

اسم الشخص أعلاه (إن لم يكن المريض نفسه)

تلتزم شركة أثلتيكو بقوانين الحقوق المدنية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

تم التحديث في 2023/6/6

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، لديك حقوق معينة. يشرح هذا القسم حقوقك وكيفية ممارستها.

اطلب قائمة ببعض الإفصاحات عن المعلومات

- يمكنك أن تطلب قائمة ببعض عمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية التي قدمناها، إن وجدت. لن تتضمن هذه القائمة إفصاحات حول العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية وبعض الإفصاحات الأخرى التي قد تكون طلبت منا القيام بها.
- سوف نقوم بتضمين جميع الإفصاحات عن المعلومات الصحية لمدة ست سنوات قبل تاريخ طلبك.
- سنقدم لك هذا مرة واحدة سنويًا مجانًا ولكننا سنفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت إفصاحاً آخر خلال 12 شهرًا.

احصل على نسخة من إشعار الخصوصية هذا

- يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى لو كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونيًا. وسنزودك بنسخة ورقية على الفور.

حماية معلوماتك الصحية أمر مهم بالنسبة لنا

- نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية. يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار.
- إذا كنت قلقًا بشأن انتهاكنا لحقوق الخصوصية الخاصة بك، فيمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية لدينا عن طريق الاتصال بالرقم 6305751962 أو زيارة www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ ويمكنك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة. سوف يكون هناك رد لتقديم شكوى.
- إذا كنت ترغب في ممارسة أي من حقوقك المذكورة أعلاه، فيمكنك تقديم طلب كتابي. سنكون النماذج متاحة عند الطلب في أي من مرافقنا، أو عن طريق الاتصال برقم الاتصال الموجود في نهاية هذا الإشعار.

احصل على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي

- يمكنك أن تطلب رؤية أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي. يمكنك تقديم طلبك كتابيًا.
- سنقدم لك نسخة أو ملخصًا لمعلوماتك الصحية خلال 30 يومًا من طلبك. قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة.

اطلب منا تصحيح أو تعديل سجلك الطبي

- يمكنك أن تطلب منا كتابيًا تصحيح المعلومات الصحية الخاصة بك والتي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة.
- قد نرفض طلبك، لكننا سنخبرك بالسبب كتابيًا.

اطلب اتصالات سرية

- يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة معينة (على سبيل المثال، الهاتف المتحرك) أو إرسال بريد إلى عنوان مختلف. ونحن سوف تستوعب جميع الطلبات المعقولة.

اطلب منا تقييد أو تحديد ما نستخدمه أو نشره

- يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة لأغراض العلاج أو الدفع أو لأغراض عملياتنا.
- لسنا ملزمين بالموافقة على طلبك، وقد نرفض إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك.
- إذا كنت تدفع مقابل خدمة أو أحد عناصر الرعاية الصحية بالكامل من أموالك الخاصة، فيمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة تلك المعلومات لغرض الدفع أو لغرض عملياتنا مع شركة التأمين الصحي الخاصة بك.
- سوف نوافق ما لم يتطلب القانون منا مشاركة تلك المعلومات.

الإخطار بالانتهاك

- سنقوم بإخطارك في حالة حدوث انتهاك لمعلوماتك الصحية

استخداماتنا وإفصاحاتنا

يحق لنا، دون الحصول على إذن كتابي منك، استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها للأغراض التالية:

دفع المبالغ

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لإرسال الفواتير واستلام الدفعات مقابل خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- على سبيل المثال، قد نتصل بشركة التأمين الخاصة بك للحصول على أموال مقابل الخدمات التي قدمناها لك.

الاتصال بالمريض

- قد نتصل بك لتحديد المواعيد أو الفواتير أو مسائل الدفع أو تذكيرك بها.

المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي تتلقاه

- قد نستخدم معلوماتك الصحية في توفير وتنسيق الرعاية الصحية الخاصة بك. على سبيل المثال، قد يكشف أخصائي العلاج الطبيعي الخاص بك عن معلوماتك الصحية عند التشاور مع طبيب الرعاية الأولية الخاص بك فيما يتعلق بحالتك الطبية.
- عمليات الرعاية الصحية
- يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها لمراقبة ودعم تشغيل منشأتنا. على سبيل المثال، تقييم جودة الخدمات المقدمة، وأداء أنشطة الترخيص والاعتماد والوظائف الإدارية الأخرى.

أفراد العائلة وغيرهم من المشاركين في رعايتك

• ما لم تعترض، قد نكشف عن المعلومات الصحية ذات الصلة لأحد أفراد العائلة أو قريب أو صديق مقرب يشارك في رعايتك أو في دفع تكاليف رعايتك. على سبيل المثال، قد نشارك المعلومات مع أحد أفراد العائلة لمساعدتك في فهم رعايتك أو التعامل مع فواتيرك أو جدول المواعيد.

تعويضات العمال

• يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى الحد الذي تسمح به القوانين وبالقدر اللازم للامتثال للقوانين المتعلقة بتعويضات العمال أو البرامج المماثلة الأخرى التي ينص عليها القانون. توفر هذه البرامج فوائد للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.

وفقاً لم يقتضيه القانون

• قد نكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك عندما يكون ذلك لازماً بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.

أنشطة الرقابة الصحية

• يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك أو الكشف عنها لدى هيئات الرقابة الصحية للأنشطة التي يسمح بها القانون. على سبيل المثال، قد تشمل أنشطة الرقابة عمليات التدقيق والتحقيق والتفتيش اللازمة للحكومة لمراقبة نظام الرعاية الصحية.

الاتصالات التسويقية

• قد نستخدم معلوماتك الصحية ونكشف عنها للاتصال بك لتزويدك بمعلومات حول خدمات العلاج أو المنتجات أو المواقع الجديدة التي نعتقد أنها قد تهمك.

البحث العلمي

• قد نستخدم معلوماتك الصحية لأغراض بحثية في ظروف معينة بعد الحصول على تصريح منك.

قضايا الصحة والسلامة العامة

• قد نشارك معلوماتك الصحية في مواقف معينة، مثل الوقاية من الأمراض، أو الإبلاغ عن سوء معاملة مشتبه بها، أو إهمال، أو عنف منزلي، أو منع أو الحد من تهديد خطير لصحة أي شخص أو سلامته.

إنفاذ القانون والوظائف الحكومية المتخصصة

• يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية لأغراض إنفاذ القانون على النحو الذي يسمح به القانون. في ظل ظروف معينة، قد نكشف عن المعلومات الصحية لوحدة حكومية ذات وظائف متخصصة.

الاستجابة للدعاوى القضائية والإجراءات القانونية

• قد نشارك المعلومات الصحية الخاصة بك استجابة لأمر محكمة أو أمر إداري، أو استجابة لاستدعاء أو طلب قانوني مماثل.

إلى شركاء الأعمال

• قد نكشف عن معلوماتك الصحية إلى "شركائنا في الأعمال" - الأفراد أو الشركات التي تقدم خدمات لشركة أتلتيكو. على سبيل المثال، قد يشمل شريك الأعمال الشركة التي تدير مطالبات الفوترة لشركة أتلتيكو. وفي جميع الحالات، نطلب من شركاء الأعمال حماية خصوصية معلوماتك بشكل مناسب.

إلى أولياء الأمور والأوصياء القانونيين على القاصرين

• وفقاً لما يسمح به القانون الفيدرالي وقانون الولاية، يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بالقاصرين لأبائهم أو أولياء أمورهم.

معلومات سرية للغاية

• توفر القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات حماية إضافية للخصوصية لبعض المعلومات الصحية السرية. يتضمن ذلك معلومات تتناول الصحة العقلية وفيروس نقص المناعة/الإيدز والكحول وعلاج تعاطي المخدرات.

للمقيمين في ولاية ميريلاند الحاصلين على برنامج ميديكير الجزء ب فقط:

لقد اخترنا المشاركة في نظام معلومات تشيسابيك الإقليمي لمرضانا Chesapeake Regional Information System ("CRISP")، وهو نظام إقليمي لتبادل المعلومات الصحية ("HIES") يخدم ولاية ماريلاند. كما أن CRIPS تابعة أيضاً لمؤسسات التعليم العالي الأخرى ويشارك البيانات معها، بما في ذلك تلك الموجودة في الأسكا وكونيكتيك والعاصمة وميريلاند وفيرجينيا الغربية. وفقاً لما يسمح به القانون، ستتم مشاركة معلوماتك الصحية مع نظام تبادل المعلومات هذا لتوفير وصول أسرع وتنسيق أفضل للرعاية ولمساعدة مقدمي الخدمات ومسؤولي الصحة العامة في اتخاذ قرارات أكثر استنارة. يمكنك "إلغاء الاشتراك" وتعطيل الوصول إلى معلوماتك الصحية المتاحة من خلال CRISP عن طريق الاتصال بالرقم 18779527477 أو ملء نموذج إلغاء الاشتراك وإرساله إلى CRISP عن طريق الاتصال الرئيسي أو الفاكس أو من خلال موقع الويب الخاص بهم www.crisphealth.org. وإن تقارير الصحة العامة ومعلومات المواد الخطرة الخاضعة للرقابة، كجزء من برنامج مراقبة الأدوية الموصوفة في ولاية ماريلاند Prescription Drug Monitoring Program ("PDMP") سوف تظل متاحة لمقدمي الخدمة.

التغييرات على بنود هذا الإشعار

يمكننا تغيير بنود هذا الإشعار وسيتم تطبيق التغييرات على جميع المعلومات التي نمتلكها عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحاً عند الطلب، وسيتم نشره في كل من مرافقنا وموقعنا الإلكتروني على athletico.com.

ينطبق إشعار ممارسات الخصوصية هذا على شركة أتلتيكو القابضة ذ م م. Athletico Holdings, LLC والشركات التابعة لها والشركات التابعة الخاضعة للرقابة (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، شركة أتلتيكو المحدودة Athletico, Ltd. والشركات التابعة لها) (يشار إليها إجمالاً باسم "أتلتيكو"). يرجى زيارة موقعنا على الإنترنت للحصول على قائمة كاملة بجميع مواقع أتلتيكو.

إذا كانت لديك أي أسئلة، أو كنت ترغب في مناقشة هذا الإشعار بمزيد من التفاصيل، فيرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية على الرقم 6305751962 أو الإرسال إلى البريد الإلكتروني: compliance@athletico.com. يسري هذا الإشعار اعتباراً من 1 يناير 2024.