

日期 _____ 法定姓名 _____

首选名称: 他 她 他们 只称呼本人姓名 没有首选名称 未列出的称呼: _____

填写选择的姓名或昵称 _____ 出生日期 _____ 年龄 _____

保险上列出的性别 男 女

地址: _____
(街道) (城市) (州) (邮递区号)

首选通讯方式: 手机 家用电话 日间电话 电子邮件

优先电话号码# _____ **若要通过电话、简讯和/或电子邮件接收与预约提示、保险和帐单资讯相关的信息, 请在此处打勾***

*通过打勾上面的框格, 我授权Athletico Physical Therapy 可通过电子邮件、简讯、首选电话或我所提供的任何其他电话号码向我发送有关我的预约、预约提示以及保险、帐户或帐单项目的信息。我还授权Athletico 人员留下语音邮件, 其中包含与我的预约、预约提示、保险、帐户或帐单项目相关的信息。我也明白每种通讯形式都存在一定程度的隐私风险。

同意电子邮件通讯

我同意通过以下电子邮件地址接收 Athletico Physical Therapy 有关预约更新和营销资讯的电子邮件通讯: _____

您的主要语言是什么? _____ 您是否需要翻译员? 是 否

您有权免费获得口译员服务。如果您需要此服务, 请通知您的临床医生或办公室协调员

雇佣者名称 _____ 雇佣者电话 _____

雇佣者本地地址 _____

人力资源部联系方式 _____ 人力资源部电话 _____

您是如何认识到 Athletico 的? (请在下方选择一项)

广告 网络 Athletico 网站 学校 俱乐部 运动表演艺术 保险 职业运动队
竞赛 耐力训练团体 Athletico 地点/标志 医生推荐 其他

请注明名称/组织: _____

同意以口头交流

我允许以下人员接收有关我的预约、医疗的详细口头讯息护理、帐单和付款信息。我明白, 没有我的授权, 我的健康资料将不会用作其他用途。

姓名 _____ 关系 _____

姓名 _____ 关系 _____

紧急联络信息

紧急状况联系人: _____

姓名 _____ 手机号码 _____ 关系 _____

保险您是否已透过保险核实了您的治疗受益? 是 否 您今年是否接受过物理/职能治疗? 是 否 今年您接受了多少次治疗 (包括脊椎矫正疗法)? _____ 前患者? 是 否 **健康保险**

初级保险公司 _____ ID# _____ 群组# _____

投保人姓名 _____ 关系 _____ 出生日期 _____

二级保险公司 _____ ID# _____ 群组# _____

投保人姓名 _____ 关系 _____ 出生日期 _____

车祸/人身伤害您是否曾遇到车祸? 是 否 您是否曾受到人身伤害? 是 否

事故日期 _____

发生在哪个城市和州? _____ 是否有诉讼? 是 否

律师名称/律师事务所 _____ 律师电话 _____

劳工赔偿(仅填写此部分如您有经历过工伤)**请确保已填写上一页的雇主资讯。**这是否是已经批准的工伤赔偿? 是 否 事故日期 _____

发生在哪个城市和州? _____

您是否已聘请律师就此次工伤提供法律代理? 是 否

律师名称/律师事务所 _____ 律师电话 _____

职位 _____ 服务年资 _____

您所受伤的工作目前的工作状态? 全职 半职 不工作 您最近是否因工伤而被送进急诊室(ER)? 是 否 您最近是否接受过手术或住院? 是 否 您的臀部、大腿或足部 (背部受伤) 或肩部、手臂或手部 (颈部受伤) 是否出现过疼痛、刺痛、灼热感和/或无力? 是 否 您现在或曾经患有: 糖尿病? 是 否 忧郁症? 是 否 焦虑? 是 否 高血压? 是 否 您目前是否正在服用麻醉剂或鸦片类药物来控制疼痛? 是 否 您目前是否正在服用血液稀释剂? 是 否 您是否觉得自己曾经有过药物滥用问题? 是 否 偶尔 您过去是否曾经历过因工伤缺勤? 是 否 您有能力选择加班吗? 是 否 您是否被要求加班? 是 否

病史

您今天正在治疗什么问题？描述症状的类型和位置 _____

您目前的症状（大约）是在哪一天开始出现的？ _____

我目前的症状是： 变得更好 变得更差 保持不变

我目前的症状： 反反复复 持续的 持续的但随着体力活动而变化

是什么让您的症状好转？ _____

是什么让您的症状变得更糟？ _____

一天中的什么时间您的症状最严重？： 上午 下午 晚上 深夜

您最近是否有以下任何一项？（选择所有适用的）

- | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <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"/> 眩晕 |
| <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 | <input type="checkbox"/> 食欲改变 |
| <input type="checkbox"/> 恶心/呕吐 | <input type="checkbox"/> 吞咽困难 | <input type="checkbox"/> 发烧/发冷/出汗 | |
| <input type="checkbox"/> 虚弱/疲劳 | | <input type="checkbox"/> 夜间疼痛 | |
| | | <input type="checkbox"/> 头晕 | |

迄今为止针对此问题接受的治疗： 脊椎矫正疗法 针灸 注射

物理/职能治疗：其他 _____

特殊检查： X光 骨骼扫描 CT扫描 MRI

列出过去的病史（即跌倒、手术、起搏器），包括日期（注明是否适合当前状况） _____

您是否怀孕了？如是，您已怀孕几周了？ _____

如果有怀孕，您是否曾经历过与怀孕相关的疼痛？ _____

米普斯

BMI 扫描： 身高 _____ 体重 _____

忧郁症筛检：在过去 2 周内，您有多少次被以下问题困扰？

- | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| • 对做事缺乏兴趣或乐趣： | 完全没有 <input type="checkbox"/> | 数天 <input type="checkbox"/> | 超过半天 <input type="checkbox"/> | 几乎每天 <input type="checkbox"/> |
| • 感到情绪低落、沮丧或绝望： | 完全没有 <input type="checkbox"/> | 数天 <input type="checkbox"/> | 超过半天 <input type="checkbox"/> | 几乎每天 <input type="checkbox"/> |

药物：您目前是否正在服用/使用任何药物、草药、维生素、补充剂或大麻产品？ 是 否

如是，请在下面列出。

| 药物名称 | 多少 (剂量) | 多久一次 | 服用次数 (勾选一项) |
|-------|---------|-------|--|
| _____ | _____ | _____ | 软膏剂 <input type="checkbox"/> 丸剂 <input type="checkbox"/> 滴剂 <input type="checkbox"/> 贴片 <input type="checkbox"/> 注射剂 <input type="checkbox"/> 吸入剂 <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | 软膏剂 <input type="checkbox"/> 丸剂 <input type="checkbox"/> 滴剂 <input type="checkbox"/> 贴片 <input type="checkbox"/> 注射剂 <input type="checkbox"/> 吸入剂 <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | 软膏剂 <input type="checkbox"/> 丸剂 <input type="checkbox"/> 滴剂 <input type="checkbox"/> 贴片 <input type="checkbox"/> 注射剂 <input type="checkbox"/> 吸入剂 <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | 软膏剂 <input type="checkbox"/> 丸剂 <input type="checkbox"/> 滴剂 <input type="checkbox"/> 贴片 <input type="checkbox"/> 注射剂 <input type="checkbox"/> 吸入剂 <input type="checkbox"/> |

列出任何过敏 (即药物、乳胶、黏合剂) _____

跌倒筛检：

- 去年跌倒的次数？ 0 1 2+
- 跌倒是否导致受伤？ 是 否

虐待筛检：您是否遭受虐待 (例如：身体、情绪、心理)、忽视、遗弃、物质剥削或无理控制？ 是 否

酒精筛检：去年您有多少次每天喝过 5 杯 (男性) 或 4 杯 (女性和所有 65 岁以上的成年人)？ _____

烟草筛检 (12 岁以上)：您在过去 6 个月内是否使用过烟草？ (勾选一项) 是 否

盆腔健康检查：

- 您是否有医生主动诊断出尿失禁？ 是 否
- 无论是否进行了积极的诊断，您目前是否患有尿失禁？ 是 否
- 您是否有其他骨盆健康症状或疑虑 (即骨盆底沉重感、骨盆/膀胱或腹部疼痛、排便不规则)？ 是 否

社交活动/休闲活动/日常锻炼

家庭 住宅 公寓 集合住宅 疗养院

您是否独自居住： 是 否

您目前是否在工作： 全职 半职 不工作 如果不工作，填写上次最后工作日期 _____

Athletico Physical Therapy 遵守适用的联邦民权法，不存在种族、年龄、宗教、性别、国籍、社会经济地位、性取向、性别认同或表达、残疾、退伍军人身份或报酬来源而歧视。作为个人，您将会受到我们所提供的款待和尊重。

23年4月1日

如您有任何疑问，请联系：1-877-ATHLETICO | 电子邮件: info@athletico.com

1. 治疗同意书: 我特此同意并授权我的物理治疗师、职业治疗师和其他可能参与我的护理的医疗保健专业人员和助理提供我的医生开处的、和/或我的医生、物理治疗师、职业治疗师或其他医疗保健专业人员认为必要或建议的护理和治疗。我理解，物理治疗诊断并非医生的医学诊断。我理解，我的治疗可能包括可能导致瘀伤、皮肤发红、治疗后疼痛和肿胀的技术，包括但不限于：肌筋膜减压和血流限制、辅助软组织活动化、Asytm®或Graston Technique®、视频投掷分析和视频步态分析。我理解，如果我在任何治疗过程中感到任何不适或疼痛，或者在治疗过程中有其他未解决的顾虑，我有责任告知我的物理治疗师、职业治疗师或其他医疗保健专业人员。我理解，物理治疗干预所产生的反应因人而异，治疗可能会加重现有症状，或可能造成疼痛或伤害。

2. 预约就诊协议: 我理解坚持接受治疗、提前安排预约以及及时赴约的重要性。我了解，如果我迟到超过15分钟，我的就诊时间可能需要重新安排。我理解并确认，对于一周内的预约时间，可能在随后的几周内无法预约相同的时间。我同意，如果需要取消或重新安排预约，我将至少提前24小时通知；并且我理解，如果未能提前24小时取消预约或爽约，将会导致30美元或60美元的取消/爽约费用，具体取决于预约类型。

工伤赔偿患者: 我理解，Athletico必须将所有错过或已取消的预约通知我的工伤赔偿理算员和/或康复经理。我理解，任何错过的预约必须重新安排。

3. 付款责任: 所有共同付款和自费服务（即Astym、Graston、VGA、VTA等）应在服务时到期应付。我确认，鉴于Athletico为我提供的服务，我负有财务责任支付我的账单。我确认，我负有责任向Athletico提供我目前的保险信息，并自行熟悉我自己的保险计划和政策。如果我对我的健康保险承保范围或福利水平有任何疑问，均应咨询我的健康计划。我的健康保险计划可能会规定我需要支付全部或部分费用和未付余额，例如我的免赔额、共付额、共同保险额、或我的健康保险、医疗保险或我有资格参加的其他计划不承保或拒绝承担的费用。我同意支付任何我需负责支付的费用。我理解，作为一项善意服务，Athletico将向我的个人保险公司收取费用，但我最终要承担所欠的任何款项。如有必要执行正式的催收程序，我将承担因催收程序而产生的任何额外费用。

如果我使用支票支付任何金额，我在此授权Athletico使用支票上的信息通过我的账户执行一次性电子资金转账（EFT/ACH）或签发汇票。我理解，如果我的付款以EFT方式处理，资金可能会在同一天从我的账户中扣除，并且，我将不会从我的金融机构收到我的支票。

请注意，拒绝签署此表格并不会以任何方式改变付款责任。

4. 福利转让: 我特此将我在健康保险合同项下的所有权利和赔偿要求转让给Athletico。我同意与Athletico合作，并提供必要的信息，以确定我是否符合资格获得这些福利。

5. 获取和披露健康信息: 我理解，Athletico可能会以电子和其他形式记录与我的治疗有关的医疗和其他信息，并且，这些信息将在我的治疗过程中使用，用于支付目的，并用于为向我提供护理服务的人员提供支持。我授权我的临床医生和Athletico的管理人员联系可能拥有我以往及当前健康状况和治疗信息的其他医疗保健专业人员。我确认，我已经收到了Athletico的《隐私实践通知》，并且，该通知概述了我的健康信息如何使用和披露、以及我如何访问和控制我的健康信息。

我确认，我已经收到了Athletico的《隐私实践通知》；该通知概述了我的健康信息如何使用和披露、以及我如何访问和控制我的健康信息。（请勾选复选框）

我在下方签字，即表示我已经阅读、理解并完全同意本文件中的每一项声明，并在下方自愿签字。

患者正楷签名

患者或法定责任人签名 日期

上述人员的正楷签名（如非患者本人）

日期

Athletico遵守相关公民权利法律，不因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人员。

更新日期：2023/6/6

如果您有任何问题，请联系：1-877-ATHLETICO | 电子邮件：info@athletico.com

本通知将说明您的信息可能如何使用与披露、以及您可以如何访问这些信息。

您的权利

关于您的健康信息，您拥有特定的权利。本部分介绍您的权利以及如何行使这些权利。

获取您的纸质或电子版医疗记录

- 您可以要求查看或接收您的纸质或电子版医疗记录。您可以通过书面形式提出您的要求。
- 在您提出要求后30天内，我们将向您提供一份健康信息的副本或摘要。我们可能会收取一定合理的费用。

要求我们更正或修改您的医疗记录

- 如果您认为您的健康信息存在任何不正确或不完整的内容，您可以书面形式要求我们进行更正。
- 我们可能会拒绝您的要求，但将以书面形式进行说明。

要求以保密形式进行沟通

- 您可以要求我们以特定方式联系您（如拨打移动电话），或将邮件发送到不同的地址。我们将满足所有合理的要求。

要求我们限制信息的使用或共享

- 您可以要求我们不要使用或共享某些健康信息，以用于治疗、付款或我们的运营之目的。
- 我们并不一定要同意您的要求，如果您的要求会影响对您的护理，我们可能会拒绝您的要求。
- 如果您全额自费支付了某一项服务或医疗用品，您可以要求我们不要出于付款或我方运营之目的而与您的医疗保险公司共享该信息。
- 我们将同意您的这个要求，但法律规定要求我方共享信息的情况除外。

泄露通知

- 如果您的健康信息被泄露，我们将通知您。

要求获取一份我们与之共享信息的列表

- 您可以要求我们提供您的健康信息披露列表（如有）。此列表不包括有关治疗、付款或医疗保健操作的披露以及您可能要求我们进行的某些其他披露。
- 我们将在其中包括在您要求的日期之前六年内披露的所有健康信息。
- 我们每年将免费提供一份清单。在12个月内，如您需要更多份数，我们将基于成本收取合理的费用。

获取本隐私通知的副本

- 您随时可要求我们提供本通知的纸质副本，即便您已同意接收电子版。我们将及时为您提供纸质版。

保护您的健康信息是我们工作的重中之重

- 法律要求我们维护您受保护的健康信息的隐私和安全性。我们必须遵守本通知中描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/，联系我们的隐私官员。您也可以向美国卫生与公众服务部部长提出书面投诉。提出投诉并不会受到报复。
- 如果您希望行使上述任何权利，您可以提交书面请求。表格可在本公司任何机构索取，或致电本通知结尾部分的联系电话索取。

我们对健康信息的使用与披露

我们可能在未经您书面授权的情况下、出于以下目的使用和披露您的健康信息：

帮助管理您接受的医疗保健治疗

- 我们可能会在提供和协调您的医疗保健时使用您的健康信息。例如，在与您的初级保健医生针对您的医疗状况进行咨询时，您的物理治疗师可能会披露您的健康信息。

医疗保健运营

- 我们可能会使用或披露您的健康信息来监控和支持我们机构的运营。
例如，评估所提供服务的^{质量}、执行许可和证书活动以及其他行政管理职能。

付款

- 我们可能使用和披露您的健康信息来针对您的医疗保健服务开具账单和收取费用。
例如，我们可能会联系您的^{保险公司}，以针对我们为^{您提供的服务}获取付款。

患者联系方式

- 我们可能会与您联系，以安排或提醒您有关未来的预约、账单或付款等事宜。

我们对健康信息的使用与披露（续）：

家庭成员和其他参与您的护理的人员

- 除非您明确反对，否则，我们可能会向参与您的护理或支付您的护理费用的家庭成员、亲戚或亲密朋友披露相关的健康信息。

例如，我们可能会与家庭成员共享信息，以帮助您了解您的护理，处理您的账单或安排预约。

工伤赔偿

- 我们可能会在授权的范围内披露您的健康信息，并在必要的范围内遵守与工伤赔偿或法律规定的其他类似计划有关的法律。这些计划可为工伤或疾病提供福利。

遵照法律要求

- 如经联邦、州或地方法律要求，我们可能会披露您的健康信息。

卫生监督活动

- 我们可能会在法律授权的活动中向卫生监督机构使用或披露您的健康信息。
例如，监督活动可能包括政府监督医疗保健系统所必需的各项审计、调查和检查。

市场营销沟通

- 我们可能会使用和披露您的健康信息，以便与您联系，提供我们认为您可能感兴趣的治疗服务、产品或新地点的信息。

研究

- 在某些情况下，在经您授权后，我们可能会将您的

健康信息用于研究目的。

公共健康与安全事务

- 我们可能会在某些情况下共享您的健康信息，例如：预防疾病；报告疑似虐待、忽视或家庭暴力；预防或减少对任何人健康或安全的严重威胁。

执法和专门的政府职能部门

- 在法律允许的情况下，我们可能出于执法目的披露您的健康信息。在某些情况下，我们可以向具有专门职能的政府单位公开健康信息

回应法律控诉和诉讼

- 我们可能会根据法院或行政命令、传票或类似的法律要求共享您的健康信息。

向商业伙伴披露

- 我们可能会将您的健康信息披露给我们的“商业伙伴”，即为Athletico提供服务的个人或公司。
例如，商业伙伴将包括管理Athletico账单索赔的公司。
在任何情况下，我们都要求商业伙伴妥善保护您的信息的隐私。

向未成年人父母和法定监护人披露

- 在联邦和州法律允许的情况下，我们可能会向未成年人的父母或监护人披露未成年人的健康信息。

高度机密的信息

- 联邦和州法律为某些机密健康信息提供额外的隐私保护。其中包括有关心理健康、艾滋病毒/艾滋病、酒精和药物滥用治疗的信息。

仅适用于马里兰州Medicare B部分的居民：

我们选择参与切萨皮克地区患者信息系统（“CRISP”）；该系统是一个旨在为马里兰州提供服务的区域健康信息交流（“HIE”）系统。CRIPS还与阿拉斯加州、康涅狄格州、哥伦比亚特区、马里兰州和西弗吉尼亚州的其他高等教育机构建立联系，并与它们共享数据。在法律允许的情况下，您的健康信息将与此交流系统共享，以便提供更快捷的访问，更好地协调护理，并协助提供者和公共卫生官员做出更明智的决定。您可以拨打1-877-952-7477或填写并通过邮件、传真或通过其网站www.crisphealth.org向CRISP提交“选择退出”表格，以“选择退出”并禁止访问通过CRISP所提供的健康信息。作为马里兰州处方药监测计划（“PDMP”）的一部分，提供者依然可以访问公共卫生报告和受控危险物质信息。

根据授权使用和披露

对您受保护的健康信息的其他使用和披露（以上未述），只有在获得您的书面授权后，我们才会进行此类使用和披露。您可以在任何时候以书面形式撤销您的授权，但该类撤销不会影响我们已根据该授权做出的任何使用或披露。

本通知条款的变更

我们可能会更改此通知的条款，并且，此类变更将适用于我们拥有的、关于您的所有信息。新的通知将根据要求发布在我们各个机构和网站：athletico.com。

本《隐私实践通知》适用于Athletico Holdings, LLC及其子公司和控制附属公司（包括但不限于Athletico, Ltd.及其子公司）（统称为“Athletico”）。请访问我们的网站，以获取所有的Athletico设施的完整列表。

如果您有任何疑问，或希望更详细地讨论本通知，请致电630-575-1962，或发电子邮件至：compliance@athletico.com。
本通知自2024年1月1日起生效。