

Fecha _____ Nombre Legal _____

Pronombre Preferido: Él Ella Elle Sólo por mi Nombre Sin Preferencia Pronombre no marcado: _____
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Nombre Elegido o Apodo _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo marcado en el seguro Masculino Femenino Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)Método de comunicación preferida: Teléfono Celular Teléfono Celular Teléfono Diurno Correo Electrónico # de Teléfono Preferido _____ **Para recibir mensajes relacionados a recordatorios de citas, seguros e información de facturación por teléfono, mensajes de texto SMS y/o correo electrónico, por favor marque aquí ***

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

Consentimiento para la Comunicación por Correo Electrónico

Acepto recibir comunicaciones por correo electrónico sobre actualizaciones de citas y comunicaciones de mercadeo de Athletico Physical Therapy a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es su idioma primario? _____ ¿Necesita usted un intérprete? Sí No *Tiene derecho a un intérprete sin costo alguno. Si necesita estos servicios, notifique a su médico o coordinador del consultorio.*

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

Dirección Local del Empleador _____

Contacto del Departamento de RH _____ Teléfono del Dept. de RH _____

¿Cómo se enteró sobre Athletico? (Por favor elija uno a continuación)Anuncio Internet Sitio web Athletico Escuela Club Deportivo Artes Escénicas Seguro
Equipo Deportivo Profesional Raza Grupo de Entrenar Resistencia Ubicación/Letras de Athletico Remitido Médico
Otro Por favor especifique el nombre/organización: _____**Consentimiento para la Comunicación Verbal**Doy permiso a las siguientes personas 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 de salud escrita.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Información de Contacto de Emergencia

Persona a contactar en caso de una emergencia:

Nombre _____ Número Telefónico _____ Relación _____

Información del Médico

Médico que le Remite _____ Teléfono _____

Dirección _____

Próxima cita médica: Fecha _____ Hora _____

¿Tiene usted un Médico de Cabecera? Sí No

Si es así, ¿le gustaría que le enviemos copias de la correspondencia a su médico de cabecera? Por favor complete

Médico de Cabecera _____ Teléfono _____

Dirección _____

Seguro

- ¿Ha verificado los beneficios de su terapia con su seguro? Sí No
- ¿Ha recibido Fisioterapia/Terapia Ocupacional este año calendario? Sí No
- ¿Cuántos tratamientos (incluye quiropráctica) ha recibido este año calendario? _____ ¿Expaciente? Sí No

Seguro de Salud

Compañía de Seguros Primaria _____ #ID _____ # de Grupo _____
Nombre del asegurado _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____
Compañía de Seguros Secundaria _____ #ID _____ # de Grupo _____
Nombre del asegurado _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Accidente Automovilístico / Lesiones Personales

- ¿Es esto un accidente automovilístico? Sí No ¿Es esto una lesión personal? Sí No
- Fecha de Accidente _____
- ¿En qué ciudad y estado ocurrió esto? _____ ¿Es esto una demanda? Sí No
- Nombre del Abogado/Empresa _____ Teléfono del Abogado _____

Compensación laboral (SÓLO complete esta sección si sufrió una lesión relacionada con el trabajo)

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

- ¿Es esta una Lesión de Compensación Laboral aprobada?? Sí No Fecha de Lesión _____
- ¿En qué Ciudad y Estado ocurrió la lesión? _____
- ¿Ha contratado a un abogado para que le represente legalmente con respecto a esta lesión laboral? Sí No
- Nombre del Abogado/Empresa _____ Teléfono del Abogado _____
- Posición Laboral _____ Duración del Servicio con el Empleador _____
- ¿Estado laboral actual para el trabajo con el que se lesionó? Labor Completa Labor Modificada No Trabaja
- ¿Ha sido atendido recientemente en la sala de emergencias (ER) por dolor como resultado de esta lesión laboral? Sí No
- ¿Ha tenido una cirugía recientemente o ha sido ingresado para una estadía en el hospital? Sí No
- ¿Ha experimentado dolor, hormigueo, ardor y/o debilidad en las nalgas, muslos o pies (lesión en la espalda), o en el hombro, brazo o mano (lesión en el cuello)? Sí No
- ¿Tiene ahora o alguna vez ha tenido?: Diabetes? Sí No Depresión? Sí No
- Ansiedad? Sí No Presión Sanguínea Alta? Sí No
- ¿Está actualmente tomando narcóticos u opioides para controlar el dolor? Sí No
- ¿Estás tomando actualmente anticoagulantes? Sí No
- ¿Siente que alguna vez ha tenido un problema de abuso de sustancias? Sí No A veces
- ¿Ha experimentado una ausencia del trabajo en el pasado debido a una lesión laboral? Sí No
- ¿Tiene la posibilidad de elegir trabajar horas extras? Sí No ¿Tiene la posibilidad de elegir trabajar horas extras? Sí No

Historial Médico

- ¿Por qué problema(s) está siendo tratado hoy? Describa el tipo y ubicación de los síntomas _____
- ¿En qué fecha (aproximadamente) comenzaron sus síntomas actuales? _____
- Actualmente mis síntomas están: Mejorando Empeorando Continúan Igual
- Actualmente mis síntomas están: Van y Vienen Son Constantes Constantes, pero cambian con actividad
- ¿Qué mejora sus síntomas? _____
- ¿Qué empeora sus síntomas? _____
- ¿A qué hora del día empeoran tus síntomas?: Mañana Tarde Noche Madrugada

¿Ha notado recientemente alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función intestinal o de la vejiga | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Aumento/Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Dolor nocturno |
| <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Dificultad manteniendo el balance al caminar | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Náusea/vómitos | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudores | <input type="checkbox"/> Aturdido |
| <input type="checkbox"/> Debilidad/fatiga | | | <input type="checkbox"/> Cambios en su apetito |

Tratamiento recibido hasta el momento para este problema: Quiropráctica Acupuntura Inyecciones

Fisioterapia/Terapia Ocupacional Otro _____

Pruebas especiales hechas: Rayos X Escaneo Óseo Tomografía Computarizada Imagen de Resonancia Magnética

Listar el Historial Médico anterior (es decir, caídas, cirugías, marcapasos) incluyendo fechas (indique si se trata de la condición actual) _____

¿Está embarazada? Si es así, ¿cuántas semanas? _____

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

MIPS

Evaluación de Índice de Masa Corporal: Estatura _____ Peso _____

Detección de Depresión: durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han 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 sin esperanza: Para nada Varios Días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Medicamentos: ¿Está usted tomando/usando actualmente algún medicamento, hierbas, vitaminas, suplementos o productos de cannabis? Sí No
Si es así, por favor escriba a continuación.

Nombre del Medicamento	Cuánta (dosis)	Con qué frecuencia	Cómo se lo toma (marque uno)
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> pastilla <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> pastilla <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> pastilla <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	ungüento <input type="checkbox"/> pastilla <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/>

¿Está usted tomando/usando actualmente algún medicamento, hierbas, vitaminas, suplementos o productos de cannabis) _____

Evaluación de Caídas:

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

Evaluación de Abuso/Maltrato: ¿Está sufriendo abuso (por ejemplo, físico, emocional, psicológico), negligencia, abandono, explotación material o control injustificado? Sí No

Evaluación de Alcohol: ¿Cuántas veces en el último año has tomado 5 (para hombres) o 4 (para mujeres y todos los adultos mayores de 65 años) bebidas en un día? _____

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

Evaluación de Salud Pélvica:

- ¿Tiene un diagnóstico activo de incontinencia urinaria por parte de un médico? Sí No
- Independientemente del diagnóstico activo, ¿está experimentando actualmente incontinencia urinaria? Sí No
- ¿Está experimentando algún otro síntoma o preocupación de salud pélvica (es decir, pesadez del suelo pélvico, dolor pélvico/vejiga o abdominal, evacuaciones irregulares)? Sí No

Historia Social/Actividades de Ocio/Rutina de Ejercicio

Hogar Casa Condominio/Apartamento Residencia Grupal Hogar Asilo

Vive usted sólo/a?: Sí No

¿Trabaja usted actualmente?: Labor Completa Labor Leve No trabaja Si no trabaja, última fecha que trabajó _____

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

04/01/23

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: 1-877-ATHLETICO | correo electrónico: 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.

Actualizado 12/15/22

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: 1-877-ATHLETICO | correo electrónico: info@athletico.com

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/. 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 Athletic.
Por ejemplo, un socio comercial incluiría la empresa que administra las reclamaciones de facturación de Athletic. 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.

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. Este Aviso es efectivo a partir del 1 de abril de 2018

Para Residentes del Estado de Maryland con Medicare Parte B Únicamente:

Hemos elegido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros pacientes ("CRISP," por sus siglas en inglés), un intercambio de información de salud regional ("HIE" por sus siglas en inglés) que presta servicios en Maryland. CRISP también está afiliado y comparte datos con otras HIEs, incluidas las de Alaska, Connecticut, D.C., Maryland y West Virginia. Según lo permite la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio para brindar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede optar por "Excluirse Voluntariamente" y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de Exclusión Voluntaria a CRISP por correo electrónico, por fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org. Los informes de salud pública y la Información sobre Sustancias Peligrosas Controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Maryland ("PDMP," por sus siglas en inglés), seguirán estando disponibles para los proveedores.