

Formulario de Inscripción/ Registration Form

Workshop ID:

Primera Nombre (*First Name*)*: _____ Ultimo Nombre (*Last Name*)*: _____

Dirección de correo electrónico (*Email*): _____

Teléfono (*Phone*)*: _____ Fecha de nacimiento (*DOB*)*: _____

Dirección (*Address*)*: _____

Ciudad (*City*)*: _____ Estado (*State*)*: _____ Código (*Zip Code*)*: _____

Contacto de emergencia (*Emergency*): _____ Teléfono (*Phone*): _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE INFORMATION)

La mayoría de los programas de Promoción de la Salud ofrecidos a través de la Iniciativa Illinois Pathways to Health están disponibles sin costo para el participante a través de subvenciones y fondos federales. NO facturaremos a su seguro sin su consentimiento. Enumerar la información a continuación nos ayuda a saber a quién estamos llegando para asegurar fondos para futuros programas.

¿De qué sistema de salud recibes tus servicios de atención primaria de salud? (*Health System*)

Advocate Aurora Health		Mercy Health Corporation	
Amita Health		NorthShore University Health System	
Blessing Health System		Northwestern Memorial Health Care	
Carle Health		OSF Health Care	
Cook County Health		Presence Health	
Edward-Elmhurst Health		Rush	
Hospital Sisters Health System		Sinai Chicago	
Kindred Healthcare		Southern Illinois Healthcare	
Loyola Medicine		Swedish American Health System	
Memorial Health System			

¿Qué tipo de seguro médico tienes? Marque todo lo que corresponda. (*Health Insurance*)

- Medicare
 Privado (*Private Insurer of Employer*)
 Negarse a proporcionar (*Decline to Provide*)
 Medicaid
 No asegurado/ Pago por cuenta propia (*Uninsured/ Self-pay*)

	Insurance Plan Info (<i>Primary</i>)	Insurance Plan Info (<i>Secondary</i>)
Nombre del plan de seguro (<i>Ins Plan</i>):		
ID de grupo de seguros (<i>Group ID</i>):		
ID de miembro de seguros (<i>Member ID</i>):		

Acuse de recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

Bajo la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y la divulgación de su información médica protegida. Estos derechos se describen con más detalle en el Aviso sobre las prácticas de privacidad de Illinois Pathways to Health de AgeOptions. AgeOptions puede revisar el Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición del participante, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.

Nombre del participante en letra de molde: _____

Nombre del representante del paciente: _____

Si firma el representante del paciente, indique la relación con el paciente para actuar en su nombre: _____

Firma del Participante/Representante: _____ Fecha: _____

Solo para uso de la entidad

Yo, _____, intenté obtener el acuse de recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del participante, pero no pude hacerlo.

Motivo de no haber obtenido el Acuse de recibo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Como participante de esta clase, el abajo firmante acepta eximir y liberar de toda responsabilidad a AgeOptions y a las organizaciones afiliadas a Illinois Pathways to Health, sus directores, funcionarios, empleados y agentes ante cualquier pérdida, responsabilidad, lesión, costo o daño en que puedan incurrir como resultado de la participación en dicha clase.

Además, al firmar a continuación, el abajo firmante acepta:

- Que la información suministrada en la clase no reemplaza el consejo de los profesionales médicos;
- Resolver sus inquietudes con el prestador de servicios médicos del abajo firmante si este cree que la información de la clase entra en conflicto con la asesoría del prestador de servicios médicos del abajo firmante;
- Que se ha informado al abajo firmante que las sesiones pueden incluir ejercicios leves a moderados, como ejercicios de estiramiento, equilibrio y rango de movimiento;
- Que el abajo firmante asume toda la responsabilidad y el riesgo de sufrir lesiones físicas, la muerte o daños materiales debido a negligencia, debido a otras personas o de alguna otra manera al participar en cualquier clase afiliada a Illinois Pathways to Health by AgeOptions; y
- Trabajar dentro de su propia zona de confort y acepta dejar de participar si siente dolor o incomodidad, en cuyo caso informará a los instructores de la clase sobre su estado o inquietudes.

Nombre del programa: _____

Nombre del lugar: _____

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____