

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

the date you ask, with whom we shared it, and why.

Powerback Rehabilitation, LLC and its affiliated and managed entities ("Powerback", "we", or "us") is committed to providing you with the highest quality of care in a friendly and encouraging environment that protects your privacy and the confidentiality of your health information. This notice explains our privacy practices, as well as your rights, regarding your health information.

Your Rights

You have the following rights regarding health information we maintain about you. This section explains your rights and how to exercise them. You have the right to:

Ask Us to Restrict What We Use or Share

- **You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to these requests. For example, we may deny if it would affect your care.**
- **If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. Requests will be honored unless a law requires us to share that information.**

Request Confidential Communications

You can ask us to contact you in a specific way (for example your work phone) or to send mail to a different address. We will honor all reasonable requests.

Obtain an Electronic or Paper Copy of Your Medical Record

- **You can ask us to inspect or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we maintain about you.**
- **We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.**

Ask Us to Correct or Amend Your Medical Record

- **You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete.**
- **We may deny your request, but we will inform you in writing, usually within 60 days of your request. To request an amendment your request must be made in writing, submitted to the Chief Compliance Officer.**

Obtain a List of Those with Whom We've Shared Your Information

- **You can ask us for a list (accounting) of the instances we have shared your health information for six years prior to**

- **We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, or health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make or other authorized disclosures). We will provide one accounting per year for free but may charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months. To request this list of disclosures, you must submit your request in writing to the Privacy Officer.**

Obtain a Copy of This Privacy Notice

You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

Choose Someone to Act for You

If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person (your "personal representative") can exercise your rights and make choices about your health information.

- **If someone has been appointed to act for you, a copy of the document appointing that person must be provided to us. We will make reasonable efforts to verify that the person has authority and can act for you before we take any action.**

Our Responsibilities

- **We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.**
- **We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.**
- **We must follow the duties and privacy practices described in this Notice and give you a copy of it.**
- **We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can do so in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.**

Changes to This Notice

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our facility.

The notice will contain on the first page the effective date. In addition, each time you register for treatment or health care services, we will offer you a copy of the current notice in effect. This notice is also available at www.getpowerback.com

You May File a Complaint

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully and completely.

Questions or Concerns, please reach out to our Chief Compliance Officer at 610.615.7636 or email PowerbackCompliance@powerbackrehab.com

Copyright © 2026 WSSH Powerback Rehabilitation Services, LLC.

ALL RIGHTS RESERVED

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- If you believe your privacy rights have been violated or you have questions regarding this notice please contact the Chief Compliance Officer at 610.615.7636 or email PowerbackCompliance@powerbackrehab.com

- You may also file a complaint with the Office of Civil Rights US Department of Health and Human Services by sending a letter to 200 Independence Ave. S.W., Washington, D.C 20201, call 1.877.696.6775 or visit

- www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

- Filing a complaint will not affect the treatment or services you receive.

- Please contact us to exercise any of the above items using the information at the end of this Notice. You may have to complete a form and submit your request in writing. For example, to request an amendment of your record you must fill out a form.

This Notice Will be Followed By:

All organizations required to have a Notice of Privacy Practices and owned or controlled by Powerback Rehabilitation, LLC ("Powerback") (referred to together with this Notice as "we," or "us"). Such organizations may designate themselves as an affiliated covered entity to act together as one organization for purposes of privacy law. A complete listing of organizations is available from the Powerback Chief Compliance Officer. This Notice applies to all Powerback locations that provide therapy and related services.

How Powerback May Use and Share Your Health

Information

We may, without your written permission, use your health information within Powerback and share or disclose your health information to others outside Powerback in the following ways:

For Treatment: We may use your personal health information to provide you with health care treatment or services. We may share your health information with doctors, nurses, health students, or other personnel who are involved in your care. For example, a treating therapist may ask another healthcare provider about your condition to assist in treating you.

For Payment: We may use and disclose your personal health information to help us or another provider obtain payment for the healthcare services provided. For example, we may need to give your health plan information about your treatment session so your health plan will pay us or reimburse you for the service. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the cost of treatment.

For Health Care Operations: We may use your health

information to support our business practice activities and improve the quality and cost of care. For example, we may use health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may use your health information to contact you at the address and telephone number(s) you provide (including leaving a message

at the telephone numbers) about scheduled or cancelled appointments, registration/insurance updates, billing and/or payment matters.

Other instances that require Use or Disclosure of

Your Personal Health Information

Powerback may use or disclose your personal health information to others without your permission in various other ways, typically to assist the public including public policy and research. Prior to sharing your information Powerback must adhere to the various conditions in privacy law before we share your information.

Examples include the following:

Research: Under certain circumstances, we may use and disclose medical information about you for research purposes, or we may contact you about research projects that you may qualify for. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients with the same condition who received the same services to those who received other services. Occasionally, you may be asked to give authorization before we share your information with others for use in research. If your information is used, the researcher must keep your information safe and confidential.

Fundraising: For fundraising purposes to support Powerback and its affiliated foundation mission provided, however, such information is limited to demographic information only such as name, address, phone number, age or gender. If we contact you for fundraising purposes, you will be provided with information on how to remove yourself or opt out of receiving future fundraising solicitations.

Group Health Plan/Plan Sponsors: We may permit a health insurance issuer that services us to disclose summary health information to a plan sponsor to obtain premium bids or modify, amend or terminate the group health plan as well as to perform plan administration functions.

As Required by Law: We will disclose health information about you when required to do so by federal, state or local law. For example, your health information may be disclosed if we are required to report abuse, neglect, domestic violence or certain physical injuries.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety: We may use

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully and completely.

Questions or Concerns, please reach out to our Chief Compliance Officer at 610.615.7636 or email PowerbackCompliance@powerbackrehab.com

Copyright©2026 WSSH Powerback Rehabilitation Services, LLC.

ALL RIGHTS RESERVED

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

and disclose your health information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent the threat.

Military and Veterans: *If you are a member of the military or a veteran, we may release your health information to the proper authorities so that they may carry out their duties under the law.*

Workers Compensation: *We may release health information about you for workers compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illnesses.*

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care: *If people such as family members, relatives or close personal friends are helping to care for you or helping to pay your medical bills, we may release health information to them. This is limited to the information necessary for your care or for payment for your care.*

Public Health Risks: *We may disclose information about you for public health activities, which generally include the following:*

To prevent or control disease, notify people of product recalls, report adverse reactions to medications or problems with products.

Health Oversight Activities: *We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.*

Lawsuits and Disputes: *If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose health information about you in response to a court or administrative order.*

We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Law Enforcement: *We may release health information if asked to do so by law enforcement officials. For example, reporting certain injuries as required by law or in response to a court order, subpoena or similar process.*

National Security and Intelligence Activities: *We may release health information about you to an authorized federal official(s) for intelligence, counterintelligence and other national security activities authorized by law.*

Protective Services for the President and Others: *We may disclose health information about you to authorized officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state or to conduct special investigations.*

Inmates: *If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release health information about you to the correctional institution or law enforcement official.*

Other Uses of Health Information:

Other uses and disclosures of health information not covered by this notice or the laws that apply to use will be made only with your written authorization including disclosures that constitute the sale of your health information or disclosures related to marketing outside of face-to-face and promotional gifts of nominal value that are permitted under the law. If you provide us permission to use or disclose health information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time.

If you revoke your permission, we will no longer use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and those we are required to retain our records of the care that we provide to you.

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF THIS NOTICE

We request that you sign a separate form or notice acknowledging you have been offered a copy of this notice. If you choose, or cannot sign, a staff member may sign his/her name and date. This acknowledgement will be filed with your records.

The Privacy Practices outlined herein and implemented by Powerback Rehabilitation, LLC and its affiliated and managed entities are intended to comply with State and Federal laws applicable to the protection of private health information by Powerback Rehabilitation, LLC and its affiliated and managed entities. Inquiries about state or federal laws may be made by calling the Integrity Line at 610-615-7636, or by sending an email to powerbackcompliance@powerbackrehab.com

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully and completely.

Questions or Concerns, please reach out to our Chief Compliance Officer at 610.615.7636 or email PowerbackCompliance@powerbackrehab.com

Copyright©2026WSSHPowerbackRehabilitationServices, LLC.
ALL RIGHTS RESERVED

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Powerback Rehabilitation, LLC y sus entidades afiliadas y administradas ("Powerback", "nosotros" o "nos") se comprometen a prestarle atención de la más alta calidad en un entorno amable y alentador que protege su privacidad y la confidencialidad de su información médica. Este aviso explica nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted. Esta sección explica sus derechos y cómo ejercerlos. Usted tiene derecho a: Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- **Usted puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, cobro u operaciones. No estamos obligados a aceptar estas peticiones. Por ejemplo, podemos negarnos si esto afectara a su atención.**

- **Si usted paga de su bolsillo y en su totalidad un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de cobro o de nuestras operaciones. Se atenderán las peticiones, a menos que una ley nos exija compartir esa información.**

Pedirnos comunicaciones confidenciales

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono del trabajo) o que enviemos correspondencia a una tratar diferente. Atenderemos todas las peticiones razonables.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente clínico

- **Usted puede pedir inspeccionar u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente clínico y otra información médica que tengamos sobre usted.**

- **Le daremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general en un plazo de 30 días después de su pedido. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.**

Pedirnos corregir o enmendar su expediente clínico

- **Usted puede pedirnos que corrijamos información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta.**

- **Podemos rechazar su pedido, pero se lo informaremos por escrito, por lo general en un plazo de 60 días después de su pedido. Para pedir una enmienda, su pedido debe hacerse por escrito y presentarse al representante de cumplimiento.**

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información

- **Usted puede pedirnos una lista de las ocasiones en que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que la pide, con quién la compartimos y por qué.**

- **Incluiremos todas las revelaciones excepto las relacionadas con tratamiento, cobro u operaciones de**

atención médica, y ciertas otras revelaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido hacer u otras autorizadas). Le daremos una lista por año sin cargo, pero podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo si usted pide otra en un plazo de 12 meses. Para pedir esta lista de revelaciones, usted debe enviarle su pedido por escrito al representante de cumplimiento.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado tener el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos de inmediato una copia en papel.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- **Si usted le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona (su "representante personal") puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.**

- **Si se ha designado a alguien para actuar en su nombre, debe darnos una copia del documento que designa a esa persona. Haremos esfuerzos razonables para verificar que la persona tenga autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.**

Nuestras responsabilidades

- **La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.**

- **Lo informaremos de inmediato si se vulnera la privacidad o seguridad de su información.**

- **Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.**

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted y cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones.

El aviso contendrá en la primera página la fecha de entrada en vigor. Además, cada vez que usted se registre para recibir tratamiento o servicios de atención médica, le daremos una copia del aviso actual vigente. Este aviso también está disponible en www.getpowerback.com

Usted puede presentar una queja

- **Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad o tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el director de cumplimiento normativo al 610.615.7636 o por correo electrónico a PowerbackCompliance@powerbackrehab.com**

Este aviso describe cómo puede usarse y revelarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente y por completo.

Si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nuestro director de cumplimiento al 610.615.7636 o envíe un correo electrónico a

PowerbackCompliance@powerbackrehab.com

Derechos de autor © 2026 WSSH Powerback Rehabilitation Services, LLC.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Office of Civil Rights, US Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Ave. S.W., Washington, D.C 20201, llame al 1.877.696.6775 o visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

• Presentar una queja no afectará al tratamiento o los servicios que usted recibe.

• Comuníquese con nosotros para ejercer cualquiera de los artículos arriba usando la información al final de este Aviso. Es posible que usted tenga que completar un formulario y solicitar por escrito. Por ejemplo, para solicitar una modificación de su expediente, usted debe completar un formulario.

Las siguientes organizaciones cumplirán este aviso: Todas las organizaciones obligadas a tener un Aviso de Prácticas de Privacidad y que son propiedad de Powerback Rehabilitation, LLC ("Powerback") (a las que se hace referencia junto con este Aviso como "nosotros" o "nos") o están controladas por esta. Dichas organizaciones pueden designarse como una entidad cubierta afiliada para actuar juntas como una sola organización para fines de la ley de privacidad. Puede obtener una lista completa de las organizaciones disponible del director de cumplimiento normativo de Powerback. Este Aviso se aplica a todas las ubicaciones de Powerback que dan terapia y servicios relacionados.

Cómo Powerback puede usar y compartir su

información médica

Podemos, sin su permiso por escrito, usar su información médica dentro de Powerback y compartir o revelar su información médica a otras personas fuera de Powerback de las siguientes maneras:

Para tratamiento: Podemos usar su información médica personal para darle tratamiento o servicios de atención médica. Podemos compartir su información médica con médicos, enfermeros, estudiantes de atención médica u otro personal que participa en su atención. Por ejemplo, un terapeuta que lo atiende puede preguntarle a otro proveedor de atención médica sobre su condición para ayudar a tratarlo.

Para el cobro: Podemos usar y revelar su información médica personal para ayudarnos a nosotros u otro proveedor a obtener el cobro por los servicios de atención médica prestados. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan médico información sobre su sesión de tratamiento para que su plan médico nos pague o le reembolse a usted el servicio. También podemos informar a su plan médico de un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el costo del tratamiento.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar su información médica para respaldar nuestras actividades operativas y mejorar la calidad y el costo de la atención. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le presten. Podemos usar su información médica para comunicarnos mediante la dirección y el número de teléfono que nos haya dado (que

incluye poder dejar mensajes en esos números) para tratar temas relacionados con citas programadas o canceladas, actualizaciones de registro o seguro y asuntos de facturación o cobro.

Otras situaciones que exigen el uso o la revelación

de su información médica personal

Powerback puede usar o revelar su información médica personal a otras personas sin su permiso de varias otras maneras, por lo general para ayudar al público, incluidas las políticas públicas y la investigación. Antes de compartir su información, Powerback debe cumplir la ley de privacidad antes de que compartamos su información.

Los ejemplos incluyen lo siguiente:

Investigación: En ciertas circunstancias, podemos usar y revelar información médica sobre usted para fines de investigación, o podemos comunicarnos con usted sobre proyectos de investigación para los que usted puede calificar. Por ejemplo, un proyecto de investigación podría consistir en comparar la salud y la recuperación de pacientes con la misma condición y han recibido los mismos servicios frente a aquellos que recibieron otros servicios. En ocasiones, es posible que se le pida que dé autorización antes de que compartamos su información con otras personas para usarla en investigación. Si se usa su información, el investigador tiene la obligación de mantener su información segura y confidencial.

Recaudación de fondos: Para fines de recaudación de fondos para apoyar la misión de Powerback y de su fundación afiliada es posible que usemos su información, sin embargo, dicha información se limita únicamente a información demográfica, como nombre, dirección, número de teléfono, edad o género. Si nos comunicamos con usted para recaudar fondos, le daremos información sobre cómo dejar de recibir futuras comunicaciones de este tipo.

Plan médico grupal/patrocinadores del plan: Podemos permitir que una entidad emisora de seguro médico que nos presta servicios revele información médica resumida a un patrocinador del plan para obtener cotizaciones de primas o modificar, enmendar o terminar el plan médico grupal y para la administración del plan.

Según lo exija la ley: Revelaremos información médica sobre usted cuando la ley federal, estatal o local así lo exija. Por ejemplo, su información médica puede revelarse si estamos obligados a reportar abuso, negligencia, violencia doméstica o ciertas lesiones físicas.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos usar y revelar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir dicha amenaza.

Este aviso describe cómo puede usarse y revelarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente y por completo.

Si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nuestro director de cumplimiento al 610.615.7636 o envíe un correo electrónico a

PowerbackCompliance@powerbackrehab.com

Derechos de autor © 2026 WSSH Powerback Rehabilitation Services, LLC.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Militares y veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas o es veterano, podemos revelar su información médica a las autoridades correspondientes para que puedan cumplir sus deberes conforme a la ley.

Compensación para trabajadores: Podemos revelar información médica sobre usted para compensación para trabajadores o programas similares. Estos programas dan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Personas involucradas en su atención o en los costos de su atención: Si personas como familiares, parientes o amigos personales cercanos le están ayudando a cuidarse o a pagar sus facturas médicas, podemos revelarles información médica. Esto se limita a la información necesaria para su atención o para cubrir los costos de su atención.

Riesgos para la salud pública: Podemos revelar información sobre usted para actividades de salud pública, que por lo general incluyen lo siguiente:
Prevenir o contener enfermedades, informar a las personas de retiros de productos del mercado, reportar reacciones adversas a medicamentos o problemas con productos.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas: Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa.

También podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarlo de la petición o para obtener una orden que proteja la información pedida.

Cumplimiento de la ley: Podemos revelar información médica si las autoridades del orden público nos lo piden. Por ejemplo, reportar ciertas lesiones según lo exija la ley o en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar.

Seguridad nacional y actividades de inteligencia: Podemos revelar información médica sobre usted a representantes federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otras personas: Podemos revelar información médica sobre usted a representantes autorizados para que puedan darle protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para hacer investigaciones especiales.

Personas encarceladas: Si usted es una persona encarcelada en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, podemos revelar información médica sobre usted a la institución correccional o al funcionario del orden público.

Otros usos de la información médica:

Otros usos y revelaciones de información médica no cubiertos por este aviso o por las leyes aplicables al uso sólo se harán con su autorización por escrito, incluidas las revelaciones que constituyan la venta de su información médica o las revelaciones relacionadas con mercadeo fuera del contacto en persona y obsequios promocionales de valor nominal permitidos por la ley. Si usted nos da permiso para usar o revelar información médica sobre usted, puede cancelar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

Si usted cancela su permiso, ya no usaremos ni revelaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos echar para atrás ninguna revelación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestro expediente de la atención que le damos.

ACUSE DE RECIBO DE ESTE AVISO

Le solicitamos que firme un formulario o documento por separado en que reconozca que se le ha ofrecido una copia de este aviso. Si usted decide no firmar, o no puede hacerlo, un miembro del personal puede firmar con su nombre y la fecha. Este acuse de recibo se archivará con su expediente.

Las prácticas de privacidad descritas en el presente e implementadas por Powerback Rehabilitation, LLC y sus entidades afiliadas y administradas tienen el objetivo de cumplir las leyes estatales y federales aplicables a la protección de la información médica privada por parte de Powerback Rehabilitation, LLC y sus entidades afiliadas y administradas. Las consultas sobre leyes estatales o federales pueden hacerse llamando a la Línea de Integridad al 610-615-7636, o enviando un correo electrónico a powerbackcompliance@powerbackrehab.com

Este aviso describe cómo puede usarse y revelarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente y por completo.

Si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nuestro director de cumplimiento al 610.615.7636 o envíe un correo electrónico a

PowerbackCompliance@powerbackrehab.com

Derechos de autor © 2026 WSSH Powerback Rehabilitation Services, LLC.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS