

¡Cuéntenos su historia!

Seleccionaremos 10 relatos cada trimestre a finales de **febrero, mayo, agosto y noviembre**. Usted puede participar en cualquier tiempo durante el año. Cada persona seleccionada para representar la campaña *Healthy Like Me* recibirá **\$250** de parte de Marathon Health.

Hay dos formas sencillas para entregar su historia:

- 1 Rellene este formulario y envíalo por correo a:
**Marathon Health, Attn: Healthy Like Me,
Champlain Mill, 20 Winooski Falls Way, Suite 400
Winooski, VT 05404**
- 2 Envíe su historia por correo electrónico a: **HealthyLikeMe@marathon-health.com**
(este formulario abajo como bosquejo para saber qué información incluir.)



PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

COMPañÍA _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre su viaje de salud:

¿Sobre qué problema de salud trabajó?

Marathon
health
For life.

www.marathon-health.com

¿Cómo se enteró de que tenía ese problema de salud?

¿Cómo lo afectó su problema de salud?

¿Cómo se llama el centro de Marathon Health que visitó?

¿A quién vio en el centro de salud?

¿Qué hicieron o le dijeron para ayudarlo?



www.marathon-health.com

¿Que cambios en su salud ha hecho?

¿Cómo describiría su salud hoy?

¿De que maneras ha cambiado su vida en casa las mejoras de su salud? ¿Y en el trabajo?

¿Qué le diría a alguien para ayudarlo a comenzar?*

¿Alguien lo alentó a que cuente su historia? Por favor, ingrese su nombre.

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

Favor de juntar una foto de usted mismo(a) que ilustra cómo su salud ha mejorado.

Envíe su foto a HealthyLikeMe@marathon-health.com

Su foto debe ser:

- Una foto de usted, preferiblemente de la cintura para arriba, que solo lo incluya a usted. No una foto de grupo – son más difíciles de editar.
- Clara y definida (no borrosa ni fuera de enfoque)
- Una imagen de resolución alta (por lo menos 2MG como guía)
- Formato JPEG o TIFF



www.marathon-health.com

Por favor, lea los siguientes términos y autorizaciones.

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para participar en el programa *Healthy Like Me*, debe autorizar a Marathon Health a verificar su información médica. El personal del centro de salud de Marathon Health podrá usar información específica para verificar su historia de *Healthy Like Me*, como sus registros médicos relacionados con los problemas de salud descritos en su historia. Marathon Health también podrá divulgar la información específica presentada en su historia para fines promocionales en publicaciones, publicidades, videos, páginas web u otros formatos de Marathon Health. También se podrá divulgar la información a su empleador para promociones similares.

Entiendo que, una vez que Marathon Health divulgue mi información, Marathon Health ya no podrá continuar protegiendo esa información, y es posible que el receptor de mi información no esté legalmente obligado a protegerla.

Podré revocar esta autorización notificando por escrito mi deseo de revocarla a Marathon Health, 20 Winooski Falls Way, Suite 400, Winooski, VT 05404. No obstante, entiendo que no se podrá revertir ninguna de las acciones ya realizadas en virtud de esta autorización y que mi revocación no tendrá efecto sobre dichas acciones.

Por la presente, autorizo a Marathon Health a usar y divulgar mi información médica protegida en relación con el programa *Healthy Like Me*.

FIRMA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA

CESIÓN DE DERECHOS PARA EL USO DE FOTOS Y DECLARACIONES

Para poder participar en el programa *Healthy Like Me*, usted debe autorizar a Marathon Health a usar, publicar y adquirir los derechos de su imagen y sus declaraciones, incluidas las relacionadas con su salud personal, tanto en forma impresa como electrónica, para fines promocionales en publicaciones, publicidades, videos, páginas web u otros formatos de Marathon Health.

Dado que cualquiera puede descargar una imagen de Internet o hacer copias de materiales impresos, acuerdo no responsabilizar a Marathon Health por el uso no autorizado de mis imágenes. Soy consciente de que no tengo derecho a reclamar ninguna compensación y que las imágenes podrán aparecer con o sin mi nombre.

Por la presente, autorizo a Marathon Health a usar mi imagen y mis declaraciones en relación con el programa *Healthy Like Me*.

FIRMA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA



www.marathon-health.com