

PATIENT REGISTRATION

DATE(날짜): _____
PATIENT NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____
SOCIAL SECURITY NO: _____ SEX: _____
ADDRESS: _____

_____ (CITY) _____ (STATE) _____ (ZIP CODE)
HOME #: () _____ CELL #: () _____ WORK #: () _____
EMAIL ADDRESS: _____ @ _____
MARITAL STATUS: (SINGLE) (MARRIED) (DIVORCED) (WIDOWED)
PURPOSE OF VISIT(내원이유) _____
PHARMACY NAME(약국이름): _____
PHARMACY TEL #(약국 전화번호): _____
ALLERGIES TO MEDICATION(약부작용) _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION(보험 정보)

PRIMARY INSURANCE:

NAME OF COMP: _____ POLICY NO: _____
NAME OF POLICY HOLDER: _____ DATE OF BIRTH: _____

SECONDARY INSURANCE:

NAME OF COMP: _____ POLICY NO: _____
NAME OF POLICY HOLDER: _____ DATE OF BIRTH: _____

PERSON TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY 응급 연락처

Name 이름: _____ Relationship 관계: _____
Phone 전화: Home 집 _____ Cell 핸드폰 _____

PERSON TO NOTIFY WHEN WE CANNOT REACH YOU 보호자 연락처

Name 이름: _____ Relationship 관계: _____
Phone 전화: Home 집 _____ Cell 핸드폰 _____

I, THE UNDERSIGNED, HAVE INSURANCE COVERAGE WITH _____
AND ASSIGN DIRECTLY TO DR. JI YON HWANG-KI ALL MEDICAL BENEFITS.
IF ANY, OTHER WISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I
UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES
WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I HEREBY AUTHORIZE THE DOCTOR
TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY TO SECURE THE PAYMENT OF
BENEFITS. I AUTHORIZE THE USE OF THIS SIGNATURE ON ALL MY
INSURANCE SUBMISSIONS.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

JiKi Medical Associates, LLC
JiYon Hwang-Ki, M.D.*
15200 Shady Grove Road Suite 108, Rockville, Maryland 20850,
Tel: 301-610-6630 Fax: 301-610-5431

개인정보 보호관행 통보서 수령 확인

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

이 개인정보 보호관행 통보서는 “건강보험 이전 가는성 및 책임에 관한 법”(HIPAA)에 따라 제공 됩니다. 통보서에는 저희가 귀하의 보호 대상 의료 정보를 어떻게 사용하고 공개하는지, 누구와 그런 정보를 공유하는지에 대해 설명되어 있습니다. 귀하는 정보 공개가 법규에 의해 요구되거나 인가되는 경우를 제외하고는 특정 정보가 본 체계 외부로 유출되는 것을 승인하거나 거부할 권리가 있습니다.

<다음은 귀하의 보호 대상 건강 정보에 대해 사용과 공개가 허용되는 예입니다.>

의무적인 사용 및 공개, 진료, 지불, 보건 의료 업무 수행, 법적 요구, 공중보건, 전염병, 보건 감독, 식품의약청(FDA), 법적 절차, 법 집행, 검사관, 장의사 및 장기기증, 연구 조사, 범죄 활동, 군사 활동 및 국가 안보, 산업재해보상, 수감인, 건강 보험 플랜에 의한 공개, 부모의 정보 접근.

<귀하의 허가가 요구되는 보호 대상 건강 정보의 사용과 공개>

건강 정보에 대한 귀하의 권리, 조사 및 사본 입구 권리, 제한 요구 권리, 비밀연락을 요청할 권리, 수정을 요청할 권리, 공개내역에 대한 권리, 본 통서의 사본을 받을 권리.

저희는 이 통보서의 내용을 변경할 권리를 보유하고 있습니다. 저희는 귀하에 대해 미래에 입수하게 될 정보는 물론, 이미 보관하고 있는 건강 정보에 대해 수정 및 변경된 통보서의 효력을 발생시킬 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 개인정보 보호관행 통보서는 보호 담당자에게 사본을 요청하여 받아 보실 수 있습니다.

Signature: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

환자분의 건강 기록 현황(여자 환자분)

이름: _____ 성별: 남 / 여 생년월일: _____
전 주치의 성함: _____ 주치의 방문일: _____
마지막 피검사 날짜: _____
결혼 유무: Single / Partnered / Married / Separated / Divorced / Widowed
누구랑 사시나요? 배우자 / 시부모님 / 딸 / 아들 / 기타: _____
일하시나요? 예 / 아니오
직종: _____ 은퇴한 날짜: _____
미국에 언제 오셨나요? _____ 년 _____ 월

환자분의 건강 히스토리

어렸을 때 앓았던 병 중 입원할 정도로 심각했던 병이 있었나요?

예방접종:	파상풍 - 예 / 아니오	언제? _____
	폐렴 - 예 / 아니오	언제? _____
	B 형간염 - 예 / 아니오	언제? _____
	수두 - 예 / 아니오	언제? _____
	독감 감기 - 예 /아니오	언제? _____

현재 앓고 계시는 병명:

1. _____
2. _____
3. _____

드시는 약이 있으십니까? 예 / 아니오

있으시면 약이름 _____

약에 관한 알레르기(allergy)가 있으십니까? 예 / 아니오

수술하신 적이 있으신가요?: 예 / 아니오. 언제? _____
어떤 수술?: _____

병원에 입원하신 적이 있으신가요?: 예 / 아니오 언제? _____
 수혈 받으신 적이 있으신가요?: 예 / 아니오 언제? _____
 일주일에 몇번 술을 드십니까?
 담배를 피우십니까? 예 / 아니오 하루에 얼마나 피우십니까?
 몇년 동안 담배를 피우셨습니까? _____ 언제 금연 하셨습니까?

그 밖에 다른 장기에 문제점이 있으신 곳에 체크 하시고 설명 하십시오.

피부	가슴 / 심장	머리 / 목	등	귀
장	코	방광	목구멍	위장
혈액 순환	최근 변화	몸무게	수면 능력	기타

성관계에 문제가 있으십니까? 예 /아니오
 어떤 문제? _____

피임은 어떻게 하고 계십니까?
 성관계 중 불편한 점이 있으십니까?
 사람의 면역결핍바이러스(예를 들어 에이즈)와 연관된 병은 중요한 공공위생 문제가 되었습니다. 이병의 위험 요소에 관해 상담을 원하십니까? 예 / 아니오
 혼자 사십니까? 예 / 아니오
 자주 넘어지십니까? 예 / 아니오
 한달에 몇번 넘어지십니까?
 시각에 문제가 있으십니까? 예 / 아니오
 청각에 문제가 있으십니까? 예 / 아니오
 유언장이나 생애 마감 계획에 관하여 질문이 있으십니까? 예 / 아니오
 혼자 있을 때 이유 없이 우십니까? 예 / 아니오
 자살을 시도하신 적이 있으십니까? 예 / 아니오
 지금 자살을 하고 싶다는 충동을 느끼십니까? 예 / 아니오
 구체적으로 자살 계획을 세우셨습니까? 예 / 아니오

