

540 Bergen Boulevard, Palisades Park, NJ 07650 | P: 201-461-3970 F: 201-242-9061
 136-33 37 Avenue Suite 4C, Flushing, NY 11354 | P: 718-661-3800 F: 718-661-3812
 370 Lexington Ave, Suite 1102, New York, NY 10017 | P: 888-792-2020

환자정보						
환자이름 (성):	(이름):	Middle:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.	생년월일: / /	나이:	성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
주소:		소셜번호:		결혼유무 (circle one): 미혼 / 기혼 / 기타		
도시:	주:	우편번호:	핸드폰 번호: () -			
선호하는 언어: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페니시 <input type="checkbox"/> 한국어		이메일주소:		자택 전화번호: () -		
주치의 (PCP/내과):		약국 이름 & 전화번호 :				

비상시 연락처		
성함:	환자와의 관계:	연락처: () -

보험정보			
보험사 이름:	보험책임자 이름:	생년월일:	보험증번호:
보험은 전문가를 만나기 위해 추천서가 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
보험책임자와의 관계: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타			
2 차 보험사 이름 (if applicable):	보험책임자 이름:	생년월일:	보험증번호:
보험책임자와의 관계: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타			
본인은 보험 혜택이 의사에게 직접 지급되는 것을 승인합니다. 나는 모든 잔액에 대해 재정적으로 책임이 있음을 이해합니다. 또 한 St. Mary's Eye & Surgery Center 또는 보험 회사가 내 청구를 처리하는 데 필요한 정보를 공개하도록 승인합니다.			
X _____ 환자 서명		_____ / ____ / ____ 날짜	

PATIENT PRIVACY DIRECTIVE	
저희 병원은 HIPAA 에 의거하여, 환자의 의견에 따라 개인정보를 보호해야 합니다. 아래의 정보를 공유하고 상의할 수 있는 대리인을 지정하여 성함과 전화번호를 제공해주시길 바랍니다: 1. 약속, 치료 및 / 또는 검사 결과에 대한 메시지를 이 번호에 남기는 것을 동의합니다. 2. 예약 및 청구에 대해 상의할 수 있습니다.	
_____	_____
환자/대리인 성함 프린트	전화번호
I ACKNOWLEDGE I HAVE SEEN A COPY OF THE "NOTICE OF PRIVACY PRACTICES" POSTED IN THE OFFICE LOBBY.	

약자	



TREATMENT CONSENT

본인은 성모안과에서 받는 치료에 동의합니다. 치료는 의사가 필요하다고 간주하는 약 관리, 각종 테스트와 수술을 포함합니다.

AUTHORIZATION & ASSIGNMENT

본인은 의사가 진단/치료에 관한 정보를 보험사에 제공하는 것에 동의합니다.

MEDICARE CLAIMS

본인은 성모안과가 필요한 정보를 Social Security Administration and Centers for Medicare and Medicaid 혹은 관련 기관으로 제공하는 것에 동의합니다.

PAYMENT GUARANTEE

PATIENT RESPONSIBILITY 본인은 보험에 의해 지불되지 않는 금액을 예외 없이 본인이 부담하여야 한다는 것에 동의합니다. 본인은 본인 부담금을 통보 후 30 일 내에 납부할 것을 동의합니다. 본인 부담금을 시간내 납부하지 않을 경우 추가 비용이 발생할 것입니다. 이 사항은 모든 보험과 플랜에 다 해당됩니다. 본인은 본인이 성모안과에 정확한 보험 정보를 제공하지 않으면 성모안과에서 보험청구를 할 것 수 없다는 것을 이해합니다. 본인은 진료비가 체납될 경우 컬렉션 에이전시(미수금 처리 대행 회사)로 보내진다는 것을 이해합니다. 이 경우 체납금액의 최대 30%까지 추가비용(변호사 비, 법원 사용료 등등)이 발생할 수 있습니다. 본인은 체납 금액이 컬렉션 에이전시(미수금 처리 대행 회사)로 넘어갈 경우 서비스 종료가 될 수 있음을 인지하고 있습니다.

NON-PAYMENT AND ASSIGNMENT TO COLLECTION AGENCY 성모안과는 융통성 있는 진료비 납부 방식을 제공하며 본인 책임금을 제때 내실 수 있도록 도와 드릴 것입니다. 진료비를 내시기 힘들실 때는 성모안과 Billing Office 로 전화를 하셔서 문제를 해결하셔야 합니다. 본인은 미지급된 진료비와 보험금은 컬렉션 에이전시(미수금 처리 대행 회사)로 보내 질 수 있으며 그렇게 될 경우 되돌리기가 불가능 함을 인지하고 있습니다.

CONTRACTED INSURERS 성모안과는 환자를 위해 보험 플랜에 청구를 해드립니다. 본인은 그 외 Co-payments, Coinsurances, Annual deductibles and Non-covered services 는 본인이 직접 부담을 하여야 함을 알고 있습니다.

NON-COVERED SERVICES 성모안과는 환자가 받는 진료 혹은 치료가 보험사에 의해 지불되는지 EOB(explanation of benefits)를 받기전까지는 보통 알 수 없습니다. 성모안과가 보험회사로부터 EOB 를 받은 후 본인은 보험회사가 지불하지 않은 부분에 대해 청구서를 받게 될 것입니다. 보험회사가 지불을 거절하는 이유는 1)의료적으로 불필요, 2)현재 보험 가입 전 존재하던 병 혹은 3)성형 관련입니다. 본인은 메디케어나 보험사가 지불 거절 시 본인이 직접 지불하는 것에 동의합니다.

크레딧 양도 보험이나 그 외의 수단으로 성모안과에 지급된 금액 중 남은 크레딧은 보험자나 보험자의 가족에게 양도될 수 있습니다. **요금 병리학과 실험실 요금** 실험실(피 검사 혹은 조직검사) 사용 최종비용은 저희가 미리 알려드릴 수 없으며 실험실에서는 병에 대한 모든 필요한 검사를 하기 때문에 추후 상당 금액의 추가 비용이 발생할 수 있습니다. 보험적용이 안되는 금액은 본인이 부담하셔야 합니다.

FEES

코페이 재청구 요금 보험을 사용하시는 환자분께서는 진료 당일에 코페이를 지급하셔야 하며 그렇지 못할 경우 코페이 재청구 비용으로 \$10 금액이 추가로 청구됩니다.

부도 수표 환자분께서 제공하신 수표가 부도 수표일 경우 \$35 처리금액이 청구되며 부도 수표는 미지급된 금액의 청구를 위해 성모안과의 컬렉션 에이전시(미수금 처리 대행 회사)로 보내집니다.

예약취소 및 진료불참 성모안과는 환자분의 편의를 위해 예약 2 일전과 1 일전에 자동 전화시스템을 통해 예약을 확인하고 있으며 이로 인해 환자분은 예약을 취소하시거나 변경하실 수 있는 충분한 시간을 가지시게 됩니다. 환자분께서 진료당일로부터 최소 24 시간 전에 예약을 취소하시거나 변경하지 않는 경우 \$25 예약취소 비용을 본인이 부담하셔야 합니다.

약 리필 환자분께서는 다음 진료때까지 드실 충분한 약을 받으시게 됩니다. 6 개월 혹은 그 이전에 제공되었던 처방전이 필요하신 경우진료를 다시 받으셔야 합니다. 약에 따라 리필이 한 번만 제공될 수도 있습니다.

보험카드 미소지 방문 환자 환자분께서 성모안과 첫 방문 시 보험카드를 소지하지 않으시면 추가 금액이 발생할 수 있습니다. 보험카드나 Photo ID 미소지시 보험에서 제공되는 할인이나 혜택을 받으실 수 없으며 이는 추후에 환불이 불가능 합니다. 환자분께서 보험카드 미소지로 인해 따로 지불하신 금액이 추후 보험에 의해 지불이 될 경우 그 금액은 환불 받으실 수 있습니다.

이 승인 양식의 사본은 원본과 동일하게 유효합니다.

환자 성함

X

환자 서명

/ /

날짜



Name 성함: _____ Date 날짜: _____ / _____ / _____

1. Past Medical History 과거 병력

 a. List all major illnesses 질병이 있으면 기재하십시오:

 b. List any surgeries you had 받은 수술 이름을 기재하십시오:

2. Ocular History 안구(눈) 병력

 a. List all major illnesses 안구(눈) 질병이 있으시면 기재하십시오:

 b. List any surgeries you had 받은 수술 이름을 기재하십시오:

3. Medications 약

 a. List the medications you currently take 현재 복용중인 약 이름을 기재하십시오:

 b. Do you have allergies including any medication? 약 부작용(알러지)가 있으십니까? 예 아니오
 If **YES**, please list them 있으시다면, 부작용이 있던 약 이름을 기재하십시오:

4. Social History 생활력

 a. Do you smoke? 담배를 피십니까? 예 아니오 / “예” 하신 분만 (하루흡연량: ___ & 기간: ___년 ___개월)

 b. Do you drink alcohol? 음주를 하십니까? 예 아니오 / “예” 하신 분만 (음주량: _____)

 c. Please check one best answer to each question 현재 상태에 해당되는 것을 체크 하십시오:

Driving Status 운전주기:

-
- Drives in the daytime (낮에 운전)
-
-
- Drives at night (밤에 운전)
-
-
- None (운전 안함)

What is your caffeine use 카페인섭취:

-
- Never (전혀 해당 없음)
-
-
- A few times/month (한 달에 몇 번)
-
-
- A few times/week (몇 주에 한번)

How often do you exercise 운동주기:

-
- Never (전혀 해당 없음)
-
-
- A few times/month (한 달에 몇 번)
-
-
- A few times/week (몇 주에 한번)
-
-
- Once a day (하루에 한번)
-
-
- Other (그 외 다른)

 d. Over 66years old ONLY **만 66 세 이상**이신 분만

 Have you ever received Pneumonia vaccination? 폐렴 예방주사를 맞으셨나요? 예 아니오

e. Occupation & Workplace (직업 및 직장): _____

5. Review of Systems: Please check all that apply 현재 상태에 해당되는 부분을 체크 하십시오.

Eyes 눈

- Poor vision 나쁜시력
- Eye pain 안구 통증
- Tearing 눈물
- Redness 빨간 눈
- Other 기타 _____

General 일반

- Fever 열
- Stroke 뇌졸중
- Weight loss 체중 감소
- Weight gain 체중 증가
- Unusually tired 쉽게 피로
- Other 기타 _____

Ears, nose, throat 귀, 코, 목

- Hard of hearing 청각장애
- Stuffy nose 코 막힘
- Earache 귀에 통증
- Cough 기침
- Dry mouth 마른 입
- Other 기타 _____

Cardiovascular 심장 혈관

- High BP 고혈압
- Irregular pulse 부정맥
- Other 기타 _____

Respiratory 호흡

- Congestion 힘든 호흡
- Wheezing 천명음
- Other 기타 _____

Gastrointestinal 위장

- Upset stomach 복통
- Diarrhea 설사
- Constipation 변비
- Hernia 탈장
- Ulcers 위궤양
- Other 기타 _____

Genital, Kidney, Bladder 생식기, 신장, 방광

- Impotence 성기능 장애
- Painful urination 통증 배뇨
- Frequent urination 빈번한배뇨
- Yellow jaundice 황달
- Other 기타 _____

Females 여성

- Pregnant 임신중이십니까?
 Yes 예 No 아니오
- Nursing 모유수유 중이십니까?
 Yes 예 No 아니오

Muscles, Bones, Joints 근육, 뼈, 관절

- Joint pain 관절 통증
- Stiffness 뻣뻣함
- Swelling 부음
- Cramps 경련
- Arthritis 관절염
- Other 기타 _____

Skin 피부

- Pimples 여드름
- Warts 사마귀
- Growths 종양
- Rash 뾰루지
- Other 기타 _____

Neurological 신경학상

- Numbness 감각없음
- Headache 두통
- Migraine 편두통
- Seizures 조임증
- Paralysis 마비
- Other 기타 _____

Psychiatric 정신적

- Anxiety 공포증
- Depression 우울증
- Insomnia 불면증

Endocrine 내분비선

- Diabetes 당뇨
(있으시다면, 수치는? _____)
- Hyper/Hypo thyroid 갑상선
- Other 기타 _____

Blood/Lymph 피/혈청

- Bleeding 출혈
- Cholesterolemia 콜레스테롤
- Anemia 빈혈증
- Blood transfusion 수혈

Allergic/Immunologic 알레르기/면역

- Sneezing 재채기
- Swelling 부어오름
- Itching 간지러움
- Lupus 루푸스
- Rheumatism 류마티즘

6. Family History 가족력

Has any member of your family had these diseases? If yes, please check the following: 가족 중 다음의 질병이 있으신 분들이 있으시면, 밑에 체크 표시하십시오:

- Blindness 장님
- Cataract 백내장
- Glaucoma 녹내장
- Diabetes 당뇨
- Hypertension 고혈압
- Heart Disease 심장병
- Stroke 중풍
- Cancer 암
- Thyroid Disease 갑상선
- Arthritis 관절염