

KIM MEDICAL GROUP

A. 환자의 정보

소셜번호 _____

이름(영문) _____

성(영문) _____

성별 _____ 생년월일 ____/____/____

결혼여부: 기혼 미혼 이혼 사별 미성년자

자녀여부: 없다 한명 두명 세명 이상 _____

저희 오피스를 어떻게 알고 오셨습니까?

집주소 _____

이메일 _____

집 전화번호 (_____) _____

핸드폰 번호 (_____) _____

직장명 _____

직장 전화번호 (_____) _____

직장주소 _____

나의 건강정보에 대한 음성 메시지를 표시한 곳에 남기는 것을 승인합니다: 집 핸드폰 둘다

B. 의료보험 정보

의료보험이 있으십니까? 네 **보험이 있으시면 접수 담당자에게 보험카드와 신분증을 제시해 주시기 바랍니다**

아니요

C. 비상 연락망

이름(영문) _____

성(영문) _____

사전 의료 의향서 있으십니까? 네 아니요

성별 _____ 환자와의 관계 _____

집 전화번호 (_____) _____

핸드폰 번호 (_____) _____

정보를 원하십니까? 네 아니요

D. 보험관계에 대한 서명

김방선 내과에서 나의 치료내역을 보험 _____ (보험 이름) 에 청구하고 청구금액을 받는 것과 보험에서 나의 진료기록을 필요로 할 경우 보험으로 보낸다는 것을 이해합니다.

_____ 환자 혹은 보호자 서명

_____ 서명자 이름 (영문으로)

_____ 날짜

_____ 환자와의 관계

KIM MEDICAL GROUP

HIPAA Privacy Authorization Form

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information

(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act – 45CFR Parts 160 and 164)

1. 김방선 내과에서 아래 나열하는 개인(들)에게 나의 진료기록을 알려주는 것을 승인한다.

(이름과 환자와의 관계)

(이름과 환자와의 관계)

(이름과 환자와의 관계)

2. 위의 개인(들)에게 _____ (날짜) 부터 _____ (날짜) 까지의 진료기록 **혹은**
 모든 지난 기록과 앞으로의 진료기록 을 알려주는 것을 승인한다.

- 나의 모든 진료기록을 알려주는 것을 승인한다. (정신건강의 기록이나 전염이 되는 질병, 에이즈, 알코홀 중독/ 마약중독에 관한 치료 기록 포함)

혹은

- 진료기록을 알려주되 아래에 나열하는 사항들은 제외한다 :
 정신건강 기록
 전염이 되는 질병 (에이즈 포함)에 관한 기록
 알코홀 중독/ 마약 중독에 관한 치료 기록
 다른 사항 (내용을 적어주세요) : _____

3. 이 승인서의 유효기간은 _____ (날짜) 까지이다.

4. 위에 나열하는 개인(들)이 나의 진료기록을 본인의 진료나 상담을 위해 쓰는것을 나의 승인하에 사용할수 있다.

5. 이 승인서의 취소를 원할때는 취소를 원하는 서류를 제출함으로써 가능하다는것을 이해한다.

6. 이 승인서의 작성이 나의 진료나 보험에 어떤 영향도 끼치지 않는다는 것을 이해한다.

7. 위에 나열한 개인(들)이 원하지 않을 경우 이 승인서는 법적으로 유효하지 않다는것을 이해한다.

환자나 대리인의 서명

날짜

환자나 대리인의 이름

환자와의 관계

Kim Medical Group 을 찾아주시는 환자분들께 알려드립니다.

검사를 받으시는 환자분들께서 가끔 생기실수 있는 혼동에 대하여 설명드립니다.

피검사나 조직검사를 하시는 경우 채혈이나 조직채취는 저희 오피스에서 하지만
검사는 검사실 (Laboratory) 에서 수거해가서 검사실에서 직접하기 때문에 저희는
채혈하는 것과 조직채취에 관한것만 보험에 청구를 하고 검사자체는 검사실에서
보험으로 직접 청구를 하게됩니다.

보험회사에서 검사실로 지불한 금액을 제외한 환자부담금은 (Deductible 이나
Co-Insurance 등) 환자분이 직접 검사실로 지불하게 되어있습니다.

Kim Medical Group 은 검사실에서 환자분들께 보내는 청구서에 관해서는 아무런
관련이 없음을 알려드리며 지불기한을 어기시어 Credit 에 피해를
받으시는 일이 없길 바랍니다.

궁금하신 점이 있으시면 검사전 미리 말씀해 주시길 바랍니다.

감사합니다.

상기 내용을 인지합니다.

Patient Name: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

Kim Medical Group
2500 Alton Parkway, Suite 108, Irvine, CA 92606
(949) 552-8282

I hereby acknowledge that I received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

Signed: _____ Date: _____

Print Name: _____ Telephone: _____

If not signed by the patient, please indicate relationship:

- Parent or guardian of minor patient
- Guardian or conservator of an incompetent patient

KIM MEDICAL GROUP Medication Refill Policy

저희 오피스는 약 리필 때문에 수 많은 전화를 받고 있습니다. 이 때문에 때로는 정상적인 환자 진료에 많은 지장을 초래하고 있습니다. 그래서 저희 오피스는 약 리필에 관한 **office policy** 를 바꾸면서, 환자분들의 크신 양해를 부탁드립니다. **Policy** 변화는 아래와 같습니다.

미리 준비 해주세요!

1. 진료 받으시는 날 오시면 다음 진료 받으시는 날까지 필요하신 약을 충분히 처방해 드립니다. 진료 예약 때 안 오시고 약 리필을 약국을 통해 요구하시면 약 리필이 거부될수 있습니다. 병원에 오실 때 필요한 약의 리필을 미리 확인하시고 오시길 부탁드립니다.
2. 만약에 예약하신 날 전에 약이 떨어지셔서 리필이 필요하시면 **삼일** 전에 **약국**을 통하여 저희 오피스로 연락해주세요. 메일 오더로 약을 받으시는 분들은 십사일 전에 메일 오더 해주시면 메일 오더 하신 곳에서 저희 오피스로 약 처방의 확인을 요청할 겁니다. 다시 말씀드리면 당일 약국에 연락하여 리필 요구하시면 약을 받으실수가 없습니다.
3. 매일 드시는 약이 아닌 경우 (항생제 등)는 오피스 방문하셔서 선생님을 보시고 처방을 받으셔야 합니다.

궁금하신 점이 있으시면 Front Desk 에 문의해 주십시오. 감사합니다.

환자 성함: _____

환자 서명: _____

날짜: ___ / ___ / _____