

Patient Information (환자정보)

Patient Name (환자 이름): _____
 Last (성) _____ First (이름) _____ Middle _____
 Male(남) Female(여) Married(기혼) Single(미혼) Child(자녀) Other (기타) _____
 Social Security # (소셜 넘버): _____ Birth Date (생년월일): _____
 Phone 전화번호(집): _____ (직장): _____ Ext: _____ (핸드폰): _____
 Address(주소) : _____ E-mail: _____
 Street _____ APT # _____
 City _____ State _____ Zip Code _____

Health Information(건강상태)

마지막 치과 방문 날짜: _____ 오늘 치과 방문 이유: _____

Have you ever had any of the following? Please check those that apply:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS / HIV 에이즈 | <input type="checkbox"/> Fainting 기절, 실신 | <input type="checkbox"/> Osteoporosis 골다공증 | <input type="checkbox"/> Others 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergies 알레르기 | <input type="checkbox"/> Glaucoma 녹내장 | <input type="checkbox"/> Pacemaker 맥박 조정기 | |
| <input type="checkbox"/> Anemia 빈혈 | <input type="checkbox"/> Hay Fever 꽃가루 병 | <input type="checkbox"/> Pregnancy Due Date 출산 예정일: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arthritis 관절염 | <input type="checkbox"/> Head Injuries 머리 부상 | <input type="checkbox"/> Radiation Tx 방사선 | ** 약 알레르기 ** |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints 인공관절 | <input type="checkbox"/> Heart Disease 심장질환 | <input type="checkbox"/> Respiratory Problems 호흡기문제 | <input type="checkbox"/> None 없음 |
| <input type="checkbox"/> Asthma 천식 | <input type="checkbox"/> Heart Murmur 심 잡음 | <input type="checkbox"/> Rheumatism 류머티즘 | <input type="checkbox"/> Codeine 코데인 Allergy |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease 혈액질환 | <input type="checkbox"/> Hepatitis 간염 _____ 형 | <input type="checkbox"/> Sinus Problems 축농증 | <input type="checkbox"/> Penicillin 항생제 Allergy |
| <input type="checkbox"/> Cancer 암 | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 혈압 | <input type="checkbox"/> Stomach Problems 위장 | <input type="checkbox"/> Other Allergy (기타 약 알레르기): _____ |
| <input type="checkbox"/> Depression 우울증 | <input type="checkbox"/> Jaundice 황달 | <input type="checkbox"/> Stroke 뇌졸중 | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes 당뇨 | <input type="checkbox"/> Kidney Disease 신장질환 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis 폐결핵 | |
| <input type="checkbox"/> Dizziness 현기증 | <input type="checkbox"/> Liver Disease 간질환 | <input type="checkbox"/> Tumors 종양 | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy 간질 | <input type="checkbox"/> Mental Disorders 정신질환 | <input type="checkbox"/> Ulcers 위궤양 | |
| <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding 과다출혈 | <input type="checkbox"/> Nervous Disorders 신경질환 | <input type="checkbox"/> Venereal Disease 성병 | |

- Have you ever had any complications following dental treatment? 치과치료 중 문제 있었던 적 있으십니까? Yes No
If yes, please explain 있으시다면 설명해주세요: _____
- Are you currently taking any prescription or non-prescription medications? 현재 복용중인 약이 있으십니까? Yes No
If yes, please explain 있으시다면 설명해주세요: _____
- Do you use tobacco products (smoking or chewing)? 담배 흡연자이십니까? Yes No
If yes, please explain how many pack/day 흡연자이시면 하루에 얼마나 피우십니까? _____
- Have you been admitted to a hospital or needed emergency care during the past two years? Yes No
최근 2 년동안 병원/응급실에 입원하신적이 있으십니까? 있으시다면 언제/왜 입원하셨습니다?
If yes, please explain When & Why: _____
- Are you now under the care of a physician? 현재 의사의 보살핌을 받고 계십니까? Yes No
If yes, please explain 있으시다면 설명해주세요: _____
- Name of Physician (의사 이름): _____ 전화번호: _____
- Do you have any health problems that need further clarification? 좀 더 설명이 필요한 건강상의 문제가 있으십니까?
 Yes No If yes, please explain: _____

본인은 위의 모든 답변을 읽고 이해했으며 제공된 정보가 거짓없이 정확함을 증명합니다. 건강에 변화가 있다면, 다음 예약에 반드시 의사에게 알릴 것입니다.

Signature of patient, parent or guardian (서명) _____ Date: _____ 날짜

Spouse or Responsible Party Information (보호자 정보)

The following is for: the patient's spouse (환자 배우자) the person responsible for payment 지불 책임자 (환자가 18세 미만일 경우)

Name: _____

Male Female Married Single Child Other _____

Social Security #: _____ Birth Date: _____

Phone (Home): _____ (Work): _____ Ext: _____ (Cell Phone): _____

Address: _____ Email: _____

Street

Apartment #

City

State

Zip Code

Employment Information (직업란)

The following is for: the patient the person responsible for payment Occupation (직업): _____

Company Name(회사 이름): _____ Phone: _____ Ext: _____

Address(주소): _____

Street

City

State

Zip Code

Insurance Information (보험)

Primary Insurance: _____

Name of Subscriber: _____ Is subscriber a patient? Yes No

Last

First

MI

Subscriber's Birth Date: _____ ID #: _____ Group #: _____

Subscriber's Address: _____

Street

City

State

Zip Code

Subscriber's Employer Name: _____

Address: _____

Street

City

State

Zip Code

Patient's relationship to subscriber: Self Spouse Child Other _____

Insurance Plan Name and Address: _____

Secondary Insurance: _____

Name of Subscriber: _____ Is subscriber a patient? Yes No

Last

First

MI

Subscriber's Birth Date: _____ ID #: _____ Group #: _____

Subscriber's Address: _____

Street

City

State

Zip Code

Subscriber's Employer Name: _____

Address: _____

Street

City

State

Zip Code

Patient's relationship to subscriber: Self Spouse Child Other _____

Insurance Plan Name and Address: _____

Emergency Contact Information (비상 연락처)

Name (이름): _____ Relationship(환자와의 관계): _____ Phone: _____

Address(주소): _____

Street

City

State

Zip Code

저희 치과를 어떻게 찾으셨습니까? 가족/친구 추천 병원 홈페이지 보험 홈페이지 신문 기타: _____

Consent for Services / Financial Policy (서비스에 대한 동의 및 정책)

이 동의를 통해 귀하는 재정적 책임이 무엇인지 뿐만 아니라 계획중인 치과 치료 서비스를 알 수 있습니다. 저희 치과의 재정 정책은 다음과 같습니다.

(Initial) _____ 본인은 치과 치료에 대한 견적은 환자 검진 날짜로부터 6개월동안만 연장 될 수 있음을 이해합니다. 치료가 변경되면 요금 또한 변경될 수 있음을 이해합니다.

Insurance: 귀하가 치과 보험이 있을 경우, 저희 치과에서 귀하 보험 청구를 도와드립니다. 하지만, 모든 치과 비용은 최종적으로 환자분 책임이라는 걸 이해하셔야 합니다. 대부분 치과 보험은 100% 보상 되지 않습니다. 이로 인하여 보험 회사로부터 지불금을 받는데 지연이 있기 때문에, 환자분은 치과 예약 당일 공제액 (deductible)과 환자 부담액을 지불하셔야 합니다. 저희 치과에서는 가능한 환자의 치과 진료 범위에 가깝게 추정할 것입니다. 그러나 실제로 보험회사로부터 지불 받을 때까지는 예상 금액일 뿐입니다. 저희 치과에서는 모든 환자가 본인 보험 혜택을 검토하시고 보험회사와 직접 의사 소통 할 것을 권장합니다.

(Initial) _____ 보험회사가 30일이 경과 한 후에도 보험 금액을 지불하지 않거나 환자분께서 보험 혜택을 다 받으셨으면 남은 잔액은 환자, 보호자 또는 지불 책임자가 전액 지불해야 합니다.

저희 치과와 서면으로 미리 작성한 약속된 재정 합의가 충족되지 않는 한, 미지급 잔액의 월별 1.5% (연간 18%)의 수수료가 60일을 초과하는 모든 계정에 부과 됩니다.

예약 약속에 오지 않을 시 벌금: 저희 치과의 모든 예약 시간은 환자분께 독점적으로 예약되어 있습니다. 약속 변경 또는 취소에 대한 48시간(주말제외 이틀)의 통보를 제공함으로써 치료를 기다리고 있는 다른 환자분들께 이 시간을 제공해드릴수 있습니다. 48시간(주말제외 이틀)의 통지가 없는 경우, 예약 시간을 놓친 지 7일 이내에 예약시간에 못 오신 증거(예: 의사 노트 또는 경찰 보고서)가 제공되지 않은 한, 환자분에게 \$50 비용이 청구됩니다.

예약시간보다 늦게 도착: 예약 시간보다 15분이상 지났을 경우, 저희 치과에서는 나중 시간 또는 다음 예약 가능한 날짜에 약속 일정을 변경할 권리가 있음을 알려드립니다. 제시 시간에 오셔야 저희 치과 역시 환자분 시간을 지킬 수 있을 뿐만 아니라 그 뒤에 오시는 분들 예약 역시 제시 시간에 맞추기 위해 노력하고 있음을 이해해주시기 바랍니다.

(Initial) _____ 예약 약속에 오지 않을 시 벌금이 있을 경우 다음 치과 진료 예약 전에 약속된 금액을 지불해야 한다는 것을 동의합니다.

의사의 요청에 따라 본인은 서비스가 제공 될 때 저희 치과에 해당 서비스의 합리적인 금액을 지불하는데 동의합니다. 본인은 본 계약에 따른 시간 또는 조건 위반에 대한 권리 포기가 추가 조건의 포기를 구성하지 않으며 본 계약에 따라 모든 비용 및 합당한 변호사 비용 또는 징수 대금(collection fees)을 지불한다는 데 동의합니다.

본인은 x-ray사진, 치아 본뜬 모델, 사진 또는 기타 적절한 진단 도구를 사용하여 치과 진단하는 것을 승인합니다.

본인은 치과 의사가 제 3자 보험회사, 지불 책임자 및 또는 의료 종사자 (다른 의사 분들)에게 자신과 부양가족에 대한 진단 및 기록을 포함한 모든 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 보험회사에서 지불한 금액을 저희 치과에서 직접 제출하여 본인 계좌의 미결제 잔액에 직접 적용하도록 승인합니다.

본인은 저희 치과에 핸드폰 및 비상 연락처의 전화번호를 사용하여 전화 또는 문자를 보내고 예약, 치료, 보험 내 계정 및/또는 특별 프로모션에 대한 이메일을 수신 할 수 있도록 허가합니다.

본인은 모든 정책을 읽고 이해했으며 치과치료, 보험 정책, 예약 약속에 오지 않을 시 벌금, 전화 및 이메일 통신에 관한 지불 조건에 동의합니다.

_____ Date: _____ Relationship to Patient: _____
 환자, 부모 또는 보호자의 서명 날짜 환자와의 관계

_____ Date: _____ Relationship to Patient: _____
 지불 보증인 서명 / 책임자 서명 (환자가 18세 미만일 경우) 날짜 환자와의 관계

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) Privacy Authorization Form**** 건강보험의 이전과 책임에 관한 법 (HIPPA) 개인정보 인증 양식 ****

이 주의 사항은 귀하의 건강 정보가 어떻게 사용될 수 있는지를 설명합니다. 공개 및 이 정보에 이용할 수 있는 방법 주의 깊게 검토하십시오. 귀하의 건강 정보에 대한 개인 정보는 저희에게 중요합니다.

법적 의무

당사는 해당 연방 및 주법에 따라 귀하의 건강 정보의 프라이버시를 유지해야 합니다. 또한 개인 정보 보호 관행, 법적 의무 및 귀하의 건강 정보에 관한 이 통지서를 귀하에게 제공해야 합니다. 저희 치과는 본 통지서에 설명된 개인 정보 보호 관행을 준수합니다. 이 고지는 2006년 4월 1일부터 시행되며 교체 될 때까지 효력을 유지합니다.

당사는 해당 법률에 의해 허용되는 변경 사항이 있는 경우, 언제든지 본 개인 정보 보호 관행과 본 고지 사항을 변경할 수 있는 권리를 보유합니다. 저희 치과는 개인 정보 보호 관행 및 변경 통지를 변경하기 전에 작성했거나 수신 한 건강 정보를 포함하여 당사가 유지하는 모든 건강 정보에 대해 새로운 통지 조항을 개정 할 수 있는 권리를 보유합니다. 개인 정보 보호 관행을 크게 변경하기 전에 이 통지문을 변경하고 요청시 새로운 통지문을 제공합니다.

귀하는 언제든지 통지서 사본을 요청할 수 있습니다. 저희 치과의 개인정보 인증 양식에 관한 추가 정보 또는 통지문의 추가 사본을 원하시면 저희에게 연락하시기 바랍니다.

건강 정보의 사용 및 공개

당사는 치료, 지불 및 건강 관리 운영을 위해 귀하에 관한 건강 정보를 사용하고 공개합니다.

치료 : 귀하의 건강 정보를 귀하를 치료하는 의사 또는 다른 건강 관리 제공자에게 사용하거나 공개 할 수 있습니다.

지불 : 당사는 귀하에게 제공하는 치과 서비스에 대한 지불을 받기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개 할 수 있습니다.

의료 운영 : 당사는 의료 운영과 관련하여 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개 할 수 있습니다. 의료 운영에는 품질 평가 및 개선 활동, 의료 전문가의 자격 또는 자격 검토, 종사자 및 제공자 성과 평가, 교육 프로그램 실시, 인정, 인증, 라이선스 부여 또는 자격 인증 활동이 포함됩니다.

귀하의 승인 : 치료, 지불 또는 건강 관리 운영을 위해 귀하의 건강 정보를 사용하는 것 외에도 귀하는 귀하의 건강 정보를 사용하거나 다른 목적으로 다른 사람에게 공개 할 수 있는 서면 허가서를 저희에게 제공 할 수 있습니다. 단, 귀하께서 저희에게 승인을 주면 언제든지 서면으로 취소 할 수 있습니다. 귀하의 철회는 그것이 효력이 발생한 동안 귀하의 승인에 의해 허용 된 사용이나 공개에 영향을 미치지 않습니다. 귀하가 서면 허가서를 제출하지 않는 한, 본 통지서에 설명된 이유를 제외하고 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개 할 수 없습니다.

귀하의 가족 및 친구에게 : 본 통지서의 환자 권리 부분에 설명된 대로 귀하의 건강 정보를 귀하에게 공개 해야 합니다. 귀하의 건강 정보를 가족, 친구 또는 다른 사람에게 귀하의 건강 관리를 돕는 데 필요한 범위 또는 귀하의 건강 관리를 위한 지불 금으로 공개 할 수 있으나 귀하가 동의 할 경우에만 가능합니다.

의료 관계자 : 가족, 개인 대리인 또는 귀하의 위치를 관리, 책임을 지고있는 다른 사람에게는 귀하의 일반적인 상태 또는 죽음을 알리거나 (확인 또는 위치 지정 포함) 알리기 위해 건강 정보를 사용하거나 공개 할 수 있습니다. 귀하가 건강 정보를 사용하거나 공개하기 전에 귀하는 그러한 사용이나 공개에 이의를 제기 할 수 있는 기회를 제공 할 것입니다. 귀하가 인지능력이 없을 때 또는 비상상황이 발생할 경우, 귀하의 건강 관리에 직접 관련이 있는 건강 정보만 공개하는 전문적인 판단을 사용하여 결정한 건강 정보를 공개 할 것입니다. 당사는 전문적인 판단과 일반적인 경험을 통해 환자가 채워진 처방전, 의료 용품, x-ray 또는 기타 유사한 형태의 건강 정보를 선택할 수 있도록 최선을 다할 것입니다.

마케팅 건강/관련 서비스 : 귀하의 서면 승인없이 마케팅 커뮤니케이션을 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 판매하지 않습니다.

법률에 의한 요구 : 법에 의해 요구되는 경우 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개 할 수 있습니다.

학대 또는 태만 : 귀하가 학대, 방치 또는 가정 폭력 또는 다른 범죄의 희생자가 될 가능성이 있다고 합리적으로

판단되면 해당 기관에 귀하의 건강 정보를 공개 할 수 있습니다. 저희는 귀하의 건강 또는 안전 또는 타인의 건강 또는 안전에 심각한 위협을 피하기 위해 필요한 정도로 귀하의 건강 정보를 공개 할 수 있습니다.

국가 안보 : 당사는 특정 상황에서 군대 직원의 건강 정보를 군 당국에 공개 할 수 있습니다. 저희는 합법적 정보 및 기타 국가 안보 활동에 필요한 연방 관리 공무원 건강 정보를 허가 할 수 있음을 공개 할 수 있습니다. 우리는 특정 상황에서 수감자 또는 환자의 보호받는 건강 정보의 합법적 인 양육권을 가진 교정 기관 또는 법 집행 관에게 알릴 수 있습니다.

예약 알림 : 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개하여 약속 알림(예: 음성 메시지, 이메일, 엽서 또는 편지)을 제공 할 수 있습니다.

의사 소통 방법 : 연락처 정보를 제공함으로써 치료, 보험, 계정, 약속 및 특별 프로모션과 관련하여 전화, 문자 및 / 또는 전자 메일을 통한 의사 전달에 동의합니다.

환자 권리 접근 : 귀하는 제한된 예외 사항을 제외하고 귀하의 건강 정보를 보거나 받을 권리가 있습니다. 사진 복사 이외의 형식으로 사본을 제공하도록 요청할 수 있습니다. 저희가 실질적으로 그렇게 할 수 없다면 요청한 형식을 사용할 것입니다. 환자분 치과 건강정보를 받기를 원하시면 반듯이 서면으로 요청 해야합니다. 이 고지의 첫 페이지에 나열된 연락처 정보를 사용하여 요청하는 양식을 얻을 수 있습니다. 저희는 복사 및 직원 근무 시간과 같은 비용에 대해 합리적인 비용 기반 요금을 청구합니다. 또한 이 통지서 끝에 주소로 편지를 보내 이용 권한을 요청할 수도 있습니다. 귀하가 사본을 요청할 경우, 직원에게 귀하의 건강 정보를 찾고 복사하는 시간당 20 달러, 각 페이지 당 50 센트, 우편물을 우편 발송하기위한 우송료를 청구 할 것입니다. 대체 형식을 요청하면 해당 형식으로 귀하의 건강 정보를 제공하는 비용 기반 요금이 부과됩니다. 원하는 경우 유료로 귀하의 건강 정보 요약 또는 설명을 준비합니다.

회계 공개 : 귀하 또는 저희 사업체가 치료, 지불, 건강 관리 운영 및 특정 기타 활동 이외의 목적으로 2003년 4월 14일 이전 것을 제외한 지난 5년 동안 귀하의 건강정보를 공개한 사례 목록을 받을 권리가 있습니다. 귀하가 12개월내에 이 회계를 두 번 이상 요청할 경우, 귀하는 이러한 추가 요청에 대한 합리적인 비용 기반 요금을 청구 할 수 있습니다.

제한 : 귀하는 귀하의 건강 정보 사용 또는 공개에 대해 추가 제한을 요청할 권리가 있습니다. 우리는 이러한 추가 제한에 동의하지 않아도 되지만, 그렇게 할 경우 당사는 계약을 준수 할 것입니다 (비상 사태 제외).

대체 의사 소통 : 귀하는 귀하의 건강 정보를 수정할 것을 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 요청은 서면으로 이루어 져야하며 정보가 왜 수정 되어야하는지 설명 해야합니다. 특정 상황에서 귀하의 요청을 거부 할 수 있습니다.

개인 정보 보호 관행 통보에 대한 승인
*** 이 승인에 서명하는 것을 거부할 수 있습니다 ***

I, _____, read of this office's Privacy Practices.
Patient, Parent or Guardian Name (Please Print) 나는 우리 치과의 개인 정보 보호 관행에 대해 읽었습니다.

Patient, Parent or Guardian Signature Date Relationship with patient

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of our Notice of Privacy Practices,
but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify) _____

Presented By: _____ Date: _____