

PATIENT INFORMATION (환자 정보)

Name (성함): Last (성) _____ First (이름) _____ Birth date (생년월일): _____

Address(주소): _____

Street (길) Apartment # (아파트번호) City (도시) State (주) Zip code(우편번호)

Sex (성별): Male (남) Female (여) Email Address (이메일 주소): _____

Marital status (결혼상태): Married (기혼) Single (미혼) Divorced (이혼) Widowed (사별)

Social Security # (소셜번호): _____ - _____ - _____ Home # (집전화) _____

Cellphone # (휴대폰): _____ Work # (직장전화): _____

Occupation (직업): _____ full time (전임), part time (파트타임), unemployed (무직)

Employer's name and address: _____

(직장 이름과 주소)

Who refer you to our clinic: _____ Relationship: _____

(저희 클리닉을 누가 추천해 주셨습니까?) (관계)

Emergency contact: Name _____ Relationship _____ Phone: _____

(비상시 연락처) (이름) (관계) (전화)

Do you have insurance? Yes (예) No (아니요)

(의료보험이 있습니까?)

Insurance company's name _____ Address: _____

(보험회사 이름) (주소)

Insured name: _____ Insured ID #: _____ Group # _____

(보험 계약자) (보험 ID 번호)

Patient relationship to insured: Self, Spouse, Child, Other: _____

보험 계약자와의 관계 (본인), (배우자), (자녀), (기타)

ASSIGNMENTS OF INSURANCE BENEFITS

I hereby authorize direct payment of medical benefits to Dr. Sim for services rendered by her in person or under her supervision. I understand that I am financially responsible for any balance not covered by my insurance.

본인 (full name 성명) _____ 은 심미선 내과에서 받은 진료 및 치료에 대해 심미선 내과가 보험회사에 청구하는 것에 동의 합니다. 또한 보험에 적용되지 않는 부분은 환자 본인이 부담하는 것에 동의 합니다.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I hereby authorize Dr. Sim to release any medical or incidental information that may be necessary for either medical care or in processing application for financial benefits.

필요한 경우 심미선 내과가 환자 본인의 진료 기록 및 관련 내용을 다른 의료기관이나 보험회사들과 공유하는 것에 동의 합니다.

Patient/guardian signature: _____ Date: _____

(진료자 싸인)

(날짜)