

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

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 &amp; 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