

 500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789

41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429

40-12 80th Street, Elmhurst NY 11372

Name**성명 (영문):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Last (성) First (이름) M.I.

Street Address주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth**생년월일: \_\_\_**\_\_\_\_**월** \_\_\_\_\_\_\_\_ **일** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **년** 소셜번호 \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_

MM DD YY

**결혼여부:** □ **미혼** □ **기혼** □ **기타 성별:** □ **남** □ **여**

Marital Status: Single Married Other Sex: Male Female

**이메일 주소** (Email Address) **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**핸드폰 번호:**  ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **□** 예약 확인 텍스트 메세지를 받는것에

Cell Phone # 동의하지 않습니다.

집 전화번호**:** ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home

**응급시 연락자 성명:\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **응급시 연락처:** ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emergency Contact Emergency Phone

**주치의:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **주치의 연락처:**( \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referring Doctor Referring Doctor Phone

**Preferred Language: □ English □ Español □ 한국어 □ 國 語 □ 廣東語 □ 日本語 □ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**How did you hear about us?: □ 주치의 소개(Doctor Referral) □ 가족 및 친구 소개(Family / Friend Referral)**

**□ 보험회사의 안내서(Insurance Directory) □ 인터넷광고(Online Ad.)**

**□ 신문 및 잡지광고(Paper Ad.) □ 티비 및 라디오 광고(TV / Radio Ad.)**

**약국 인포메이션**

**약국 이름\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 약국 전화번호/지역 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PLEASE PRESENT TO THE RECEPTIONIST WITH ALL INSURANCE CARDS WHEN RETURNING THIS FORM.**

**Primary Insurance Does your insurance require a referral to see a specialist? □ Yes □ No**

**보험 가입자:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Policy holder’s name Last (성) First (이름) M.I.

**가입자 생년 월일: \_\_\_**\_\_\_\_**월** \_\_\_\_\_\_\_\_ **일** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **년 환자와의 관계:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Policy holder’s DOB MM DD YY Relationship to Patient

**SIGNED: X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789

 41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

 220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429

40-12 80th St ,Elmhurst NY 11372

**환자 개인 정보 보호 지침**

메트로 피부과는 건강보험 이전과 책임에 관한법(HIPAA)에 의거하여 환자의 의료 정보(PHI)를 환자의 동의 없이 공개하지 않습니다. 환자분의 의료 정보에 관해 상의 하거나 공개하실 본인외의 대리인이 있으시다면대리인의 성함과 전화번호를 아래에 작성해주십시요. 작성해 주신 대리인에게만 환자의 정보를 상의하거나 공개 할 수 있습니다.

1. 환자분의 예약, 치료 방법,그리고 검사결과
2. 보험 청구 관련 및 환자에게 청구되는 잔액에 관한 문의

위임자의 성명 (Print) 위임자의 전화번호

**본인\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_은 아래 항목에 기재된 모든 사항들을 이해하며 이에 동의합니다.**

 **(본인 혹은 법적 대리인)**

1.메트로 피부과는 본인을 대신하여 진료비를 보험사에 청구할수 있으며 보험사가 환자분의 진료기록을

 요청할경우 기록을 공개하는 것에 동의 합니다. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Initials(이름의영문약자)

 2. 진료비를 지불하지 못할 경우 청구 잔액에 대한 법적 책임을 지는것에 동의를 하며, 만약 콜렉션 회사와

 변호사에 넘어갈 경우 모든 법정 비용과 콜렉션 비용을 본인이 부담 하는것에 동의합니다.

 본인은 어떤 수표(check)든 부도 처리가 될 경우 $35.00을 지불하는 것에 동의 합니다. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Initials(이름의영문약자)

3. 메트로 피부과에서 본인이나 자녀 (또는본인이 법적으로 책임지고 있는 사람) 의 의료/진료 기록을 위한 사진을

 찍는것에 동의합니다. 또한 의료사진은 치료법 또는 처방약의 승인을 받는 목적으로사용될수 있음에

 동의 합니다. 본인은 본인의 의료사진 이용에 관해 병원에 어떠한 청구도 하지 않는것에 동의 합니다.

 사진을 찍는것에 대해 동의를 하지 않을 경우에도 본인이 받을 의료 혜택에는 아무런 영향을 주지 않습니다.

 만약 문의사항이 있거나 동의를 철회하고 싶은경우 병원에 연락을 취할수 있습니다. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **⎕ 동의합니다 ⎕ 동의하지 않습니다**. Initials(이름의영문약자)

4. 메트로 피부과의 회사 방침, 버전 100915,은 환자의 요청에 의해 복사본을 받으실 수 있습니다. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Initials(이름의영문약자)

5. 본인은 사무실 로비에 게시된 개인 정보 보호 정책의 사본을 본적이 있음을 인정합니다.

 HIPAA(건강보험 이전과 책임에 관한법)의 정보는 본인의 요청에 의해 검토될 수 있습니다. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Initials(이름의영문약자)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

본인 혹은 법적 대리인의 서명 날 짜