https://lh4.googleusercontent.com/amzKSbjH0hh_eIvWC0_y3MJ5qfpiF9vMA3m3xncbLNzeongb_m8Q_0D55eTDhHwxkANNJjh6saFllAmgYRONl12hc70Y1YF9kQ_o8ZLnrTYJDwwM1XQk1beso1b4ySjliBVg3m8D8w-HLPWyab4hBwI

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

Last (성) First (이름) M.I.

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

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

**생년월일 : \_\_\_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_\_\_\_ 일 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 년**  **소셜번호** \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth: MM DD YY

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

Marital Status: Single Married Other Sex: Male Female

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

**핸드폰 번호** *Cell phone***:** ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\*\***예약 확인 텍스트 메세지를 받는것에 동의하지

않으시면 앞의 직원에게 말씀해주세요.

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Primary Insurance**

**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: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

https://lh4.googleusercontent.com/amzKSbjH0hh_eIvWC0_y3MJ5qfpiF9vMA3m3xncbLNzeongb_m8Q_0D55eTDhHwxkANNJjh6saFllAmgYRONl12hc70Y1YF9kQ_o8ZLnrTYJDwwM1XQk1beso1b4ySjliBVg3m8D8w-HLPWyab4hBwI

MRN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NAME   : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date of Birth : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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

**치료 동의**

본인은 메트로 피부과에서 진료를 받는것에 동의 합니다. 이 동의는 진단이나 치료를 위한, 의사, 피지션 어시스턴트 ,널스 프랙티셔너 또는 의료진에 의한 수술전 약물 투여, 진단을 위한 검사(들), 필요한 시술을 포함하고 있습니다. \_\_\_\_\_\_\_ **이니셜**

**승인 및 양도**

본인은 메트로 피부과 그리고 /또는 나의 의료진들이 나를 대신하여 보험사에 나의 의료 기록을 제공하는것에 동의합니다. 내가 받은 의료 진료에 대한 지불을 메트로 피부과에게 양도 하는 것에 동의합니다. 나는 보험회사가 커버하지 않은 차액을 지불해야 하는 것을 알고있습니다. **\_\_\_\_\_\_ 이니셜**

**메디케어 진료 청구**

메트로 피부과는 메디케어 프로그램에 가입 되어있습니다. 메디케어를 가지고 계신 환자는 한해의 디덕터블과 20%의 코인슈런스에 대한 책임이 있습니다. 두번째의 보험을 가지고 계시면 그 보험으로 20% 코인슈런스에 대한 청구를 할 것입니다. 두번째 보험에서 60일안에 지불하지 않으면 그 책임은 환자에게 양도 됩니다. **\_\_\_\_\_ 이니셜**

**지급 보증**

**\*환자의 책임**: 나는 보험회사에서 커버 되지 않은 금액에 대한 책임이 있음을 알고 있으며, 나는 그럴 경우 30일안에 지급할 것에 동의. 만약 지불하지 못 할 경우 추가 금액이 발생하며 청구 잔액에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의합니다. 만약 콜렉션 회사나 법률 기관에 포워드될 경우 모든 법정 비용과 콜렉션 비용을 환자인 내가 부담하는 것에 동의 합니다. **\_\_\_\_\_\_ 이니셜**

**\* 보험 적용자** : 메트로 피부과는 환자를 대신해 보험회사에 진료비를 청구할 것입니다. 환자는 환자의 부담금액 지불 책임이 있습니다. 환자의 부담금액은 다음과 같습니다.

– 코페이 - 디덕터블 - 코인슈런스 - 보험 적용이 되지않는 서비스들 이 있습니다 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 이니셜**

**\*보험적용이 되지않는 서비스들**: 보험회사들은 “ 보험적용이 되는지에 대한 결정은 보험청구가 접수될 때 알 수 있다.”라고 명시하고 있습니다. 메트로 피부과는 환자분의 진료 또는 치료가 보험적용이 되는지를 EOB(explanation of benefits)를 받기전까지는 알 수 없습니다. EOB를 받은 후 보험회사가 정해준 결정에 따라 환자분에게 보험적용이 되지 않은 서비스에 대해서 청구 할 수 있습니다. 보험적용이 되지 않은 경우는 다음과 같습니다. 1. 의료적으로 불필요한 경우 2. 이전부터 앓고 있는 질환 3. 미용적인 이유 ( 코스메틱). 메디케어나 다른 보험회사들이 위의 이유로 보험청구를 거부할 경우 모든 부담은 환자분에게 있습니다. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 이니셜**

\*보험회사나 다른 출처에서 메트로 피부과로 크레딧은 환자 또는 환자의 가족이 지불해야 하는 어카운트에 적용될 수 있음을 알려드립니다. **\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

\***조직검사 & 피검사 비용**: 실험실에서 청구하는 금액은 검사당일에 알 수 없습니다. 실험실은 저희병원과 아무 관계가 없으며 조직 검사 및 피검사 결과를 알기위해 하는 모든 테스트에 대한 비용이 환자분께 청구 될 수 있습니다. 보험회사에서 커버되지 않는 부분은 환자분이 부담하셔야합니다. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

**수수료**

**\*코페이 재 청구 수수료**: 환자분의 코페이는 진료 또는 치료 당일에 지불 하셔야 한다고 명시되어있습니다. 코페이를 당일에 지불하지 않으시고 빌을 받기 원하시면 $10.00 의 추가 비용이 더해집니다**. \_\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

**\*보험청구**: 나의 정확한 , 유효한 보험정보를 보험이 정해놓은 제출 마감일까지 제공하지 않을 경우에 발생한 청구 잔액에 대한 책임이 있음을 알고 있습니다. **\_\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

**\*리턴드 체크**: 발행하신 개인 체크가 어떤 이유로든 리턴드 될 경우 환자분에게 $25. 00의 추가비용이 청구됩니다. **\_\_\_\_\_\_이니셜**

**\*메디컬** 레코드 발행 수수료는 다음과 같습니다.

뉴져지: 메디칼 레코드 한장 당75 센트 입니다. 의료 영상 진단수수료와 우송료를 지불하셔야 합니다.

뉴욕: 첫장부터 100장이내는 한장당 $1 입니다. 101장이후 부터는 25센트 이며 최고 $200까지 법적으로 청구할 수 있습니다. **\_\_\_\_\_이니셜**

**예약 취소 및 노쇼 (NO-SHOW)**

본인은 예약을 지킬 수 없는 경우 최소 24 시간전에 메트로 피부과에 연락할 것 입니다. 늦은 취소 전화 (24시간 미만) 는 노쇼(NO-SHOW)로 간주되며 $50.00 수수료가 부과 될 수 있음을 이해합니다.자동 응답기에 메세지를 남기는것은 허용되지 않습니다.

**이 수수료는 보험회사에 청구될 수 없습니다.\_\_\_\_\_\_ 이니셜**

본인은 신용카드번호를 제공하는데 동의하며 이는 노쇼(NOSHOW) 수수료를 지불하는데 사용될 수 있습니다. 나는 제공된 신용 카드로 노쇼(NOSHOW) 수수료의 청구를 피하기 위해 24시간 전에 예약 취소 및 변경을 해야한다는 것을 알고 있습니다**.\_\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

예약 확인 링크에 회답하시거나 718-886-9000으로 전화하셔서 예약을 취소하 실 수 있습니다. 메트로 피부과는 환자분의 예약을 변경하는데 최선을 다해 도와드릴 것입니다.

**약 리필**

환자는 다음 예약까지 복용하시거나 바르실수 있는 약을 처방받습니다. 약 종류/ 특성에따라 한번의 리필을 처방해 드릴 수 있습니다. 병원을 방문하신지 6 개월이 넘으시면 리필을 처방해드릴수 없습니다. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

**보험카드**

처음 방문시나 보험 변경사항이 있을때마다 보험카드와 사진이 부착된 신분증을 제시하셔야 합니다. 최근의 불행한 보험 사기사건으로 인해 보험카드와 사진이 부착된 신분증을 제공하지 않으시면 진료 및 치료가 불가능합니다. 보험카드와 신분증을 지참하지 않을셨을 경우 새로운 예약을 드립니다**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

보험카드 없이 진료 및 치료를 받기원하시면 무보험 환자로 간주되며 그에 따른 진료비 치료비를 당일에

내셔야합니다**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_이니셜**

**SIGNATURE: X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   DATE: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*\* *환자분의 카드정보는 스트라이프 , Stripe,라는 전문회사에 안전하게 저장됩니다. 저장된 정보는 저희 시스템과 연동해야만 사용가능하며 마지막 4자리수만 볼 수 있습니다.*