

Patient Information		
성명(영문): Name _____ Last (성) First (이름) M.I.		출생 시 성별: Gender at Birth <input type="checkbox"/> 남 Male <input type="checkbox"/> 여 Female
생년월일: Date of Birth MM / DD / YY	소셜번호: Social Security No: - -	
주소: Street Address _____		Apt. #: _____
도시: City _____	주: State _____	우편번호: Zip _____
이메일 주소: Email _____ @ _____		결혼여부: Marital Status <input type="checkbox"/> 미혼 Single <input type="checkbox"/> 기혼 Married <input type="checkbox"/> 기타 Other
집 전화번호: Home Phone () -	선호하는 언어: Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 廣東語 <input type="checkbox"/> Other: _____	
핸드폰 번호: Cell Phone () - <i>*If you do Not want to receive text reminders, please inform the Front Desk staff.</i>		
응급시 연락처: Emergency Contact _____	관계: Relationship _____	응급시 연락처: Emergency Phone () -
주치의: Primary/ Referring Doctor _____		주치의 연락처: Doctor Phone () -
약국 이름: Preferred Pharmacy Name _____		약국 전화번호/ 지역: Preferred Pharmacy Phone/ Region () -

Insurance Information		
보험 회사명: Primary Insurance Name _____		
보험 가입자 이름: Subscriber's Name _____ Last First M.I.		
보험 가입자 생년월일: Subscriber's DOB MM / DD / YYYY	환자와의 관계: Relationship to Patient _____	

서명: X _____ 날짜: _____ / _____ / _____

환자 개인 정보 보호

메트로 피부과는 건강보험 이전과 책임에 관한 법(HIPAA)에 의거하여 환자의 의료 정보(PHI)를 환자의 동의 없이 공개하지 않습니다. 환자분의 의료 정보에 관해 상의 하거나 공개하실 본인 외의 대리인이 있으시다면 대리인의 성함과 전화번호를 아래에 작성해 주십시오. 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 (Phone Number)

치료 동의

(이니셜)

본인은 메트로 피부과에서 진료를 받는 것에 동의합니다. 이 동의는 진단이나 치료를 위한 의사, 피지션 어시스턴트, 널스 프랙티셔너 또는 의료진에 의한 수술 전 약물 투여, 진단을 위한 검사(들), 필요한 시술을 포함하고 있습니다.

승인 및 양도

(이니셜)

본인은 메트로 피부과 그리고 /또는 나의 의료진들이 나를 대신하여 보험사에 나의 의료 기록을 제공하는 것에 동의합니다. 내가 받은 의료 진료에 대한 지불을 메트로 피부과 에게 양도 하는 것에 동의합니다. 나는 보험회사가 커버하지 않은 차액을 지불해야 하는 것을 알고 있습니다.

메디케어 진료 청구

(이니셜)

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 60 일안에 지불하지 않으면 그 책임은 환자에게 양도 됩니다.

지급보증

(이니셜)

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

***보험 적용자:** 메트로 피부과는 환자를 대신해 보험회사에 진료비를 청구할 것입니다. 환자는 환자의 부담 금액 지불 책임이 있습니다. 환자의 부담 금액은 다음과 같습니다.
코페이/ 디덕터블/ 코인슈런스/ 보험 적용이 되지 않는 서비스들이 있습니다.

***보험적용이 되지 않는 서비스들:** 보험회사들은 " 보험적용이 되는지에 대한 결정은 보험 청구가 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. EOB 를 받은 후 보험회사가 정해진 결정에 따라 환자분에게 보험적용이 되지 않은 서비스에 대해서 청구 할 수 있습니다. 보험적용이 되지 않은 경우는 다음과 같습니다. 1. 의료 적으로 불필요한 경우 2. 이전부터 앓고 있는 질환 3. 미용적인 이유 (코스메틱). 메디케어나 다른 보험회사들이 위의 이유로 보험 청구를 거부할 경우 모든 부담은 환자분에게 있습니다.

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

***조직검사 & 피검사 비용:** 실험실에서 청구하는 금액은 검사 당일에 알 수 없습니다. 실험실은 저희 병원과 아무 관계가 없으며 조직 검사 및 피검사 결과를 알기 위해 하는 모든 테스트에 대한 비용이 환자분께 청구 될 수 있습니다. 보험회사에서 커버되지 않는 부분은 환자분이 부담해야 합니다.

수수료

(이니셜) ***코페이 재 청구 수수료:** 환자분의 코페이는 진료 또는 치료 당일에 지불 하셔야 한다고 명시되어 있습니다. 코페이를 당일엔 지불하지 않으시고 빌을 받기 원하시면 \$10.00 의 추가 비용이 더해집니다.

***보험 청구:** 나의 정확한, 유효한 보험 정보를 보험이 정해 놓은 제출 마감일까지 제공하지 않을 경우에 발생한 청구 잔액에 대한 책임이 있음을 알고 있습니다.

***리턴드 체크:** 발행하신 개인 체크가 어떤 이유로든 리턴드 될 경우 환자분에게 \$25.00 의 추가비용이 청구됩니다.

예약 취소 및 노쇼 (NO-SHOW)

(이니셜) 본인은 예약을 지킬 수 없는 경우 최소 24 시간 전에 메트로 피부과에 연락할 것 입니다. 늦은 취소전화 (24 시간 미만) 는 노쇼(NO-SHOW)로 간주되며 \$50.00 수수료가 부과 될 수 있음을 이해합니다. 자동 응답기에 메시지를 남기는 것은 허용되지 않습니다. **이 수수료는 보험회사에 청구될 수 없습니다.**

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

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

약 리필

(이니셜) 환자는 다음 예약까지 복용하시거나 바르실 수 있는 약을 처방 받습니다. 약 종류/ 특성에 따라 한번의 리필을 처방해 드릴 수 있습니다. 병원을 방문 하신 지 6 개월이 넘으시면 리필을 처방해 드릴 수 없습니다.

보험카드

(이니셜) 처음 방문 시나 보험 변경사항이 있을 때마다 보험 카드와 사진이 부착된 신분증을 제시하셔야 합니다. 최근의 불행한 보험 사기사건으로 인해 보험 카드와 사진이 부착된 신분증을 제공하지 않으시면 진료 및 치료가 불가능합니다. 보험 카드와 신분증을 지참하지 않으셨을 경우 새로운 예약을 드립니다.

보험 카드 없이 진료 및 치료를 받기원하시면 무보험 환자로 간주되며 그에 따른 진료비 치료비를 당일에 내셔야 합니다.

사진 촬영 및 공개 동의서

(이니셜) MD 또는 그 대리인은 나의 의료 기록에 포함하기 위한 사진 및/또는 동영상을 촬영할 수 있습니다. 또한 나는 의료적 훈련이나 마케팅 목적으로 개인정보가 제거된 사진 및 동영상을 사용하는 것에 동의합니다. 나는 이러한 이미지의 사용에 대한 소유권 또는 로열티에 대한 권리를 주장하지 않을 것입니다.

서명: X _____ 날짜: _____ / _____ / _____

**환자분의 카드 정보는 스트라이프, Stripe, 라는 전문회사에 안전하게 저장됩니다. 저장된 정보는 저희 시스템과 연동해야만 사용 가능하며 마지막 4 자리수만 볼 수 있습니다.