

김진안 이재영 내과에 오신 것을 환영합니다
JK INTERNAL MEDICINE & GERIATRICS P.C
 (영문으로 작성해 주세요 / Please write in English)

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|---|---|---|--|-------------------------------------|--|
| 날짜 / DATE | | | | | 예) 02/13/1980 중간에 /를 입력하세요, Date Format is mm/dd/yyyy | | | | |
| 이름 / FIRST NAME | | 성 / LAST NAME | | 생년월일 DATE OF BIRTH | | 성별 SEX | | 소셜시큐리티 번호 SOCIAL SECURITY NUMBER | |
| | | | | 월 일 년 (MONTH) (DAY) (YEAR) | | M F 남 여 | | — — — | |
| 주소 / ADDRESS | | | | | 전화번호 / PHONE NUMBER | | | | |
| 집 / Home: 휴대폰 / Cellphone: | | | | | | | | | |
| | | | | | 이메일 / E-MAIL | | | | |
| | | | | | _____ @ _____ | | | | |
| 기타연락처 / OTHER CONTACT | | | 비상연락처 / EMERGENCY CONTACT | | | 직업 / OCCUPATION | | | |
| 이름과 관계 / Name & Relationship | | | 이름과 관계 / Name & Relationship | | | 직업 / Occupation | | | |
| 전화번호 / Phone Number | | | 전화번호 / Phone Number | | | 직장 전화번호 / Employer & Phone Number | | | |
| 결혼여부 / MARITAL STATUS | | 자녀수 / # OF CHILD | | 약국 정보 / PHARMACY | | 보험 INSURANCE | | | |
| <input type="checkbox"/> 미혼 Single <input type="checkbox"/> 기혼 Married <input type="checkbox"/> 이혼 Divorced <input type="checkbox"/> 미망인 Widowed | | | | | | Do you have insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 보험 / Insurance | | | |
| 인종 및 국적 / RACE AND ETHNICITY | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | | | <input type="checkbox"/> African American / Black | | | <input type="checkbox"/> Asian | | | |
| <input type="checkbox"/> Caucasian / White | | | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander | | | <input type="checkbox"/> Other | | | |
| <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Not Hispanic | | | | | | | | | |
| Preferred language(s): _____ | | | | | | | | | |



PATIENT QUESTIONNAIRE

- Do you have or ever had any of the following diseases or conditions: diabetes, hypertension, arthritis, hyperlipidemia, cancer, CVA, stroke, hepatitis, kidney disease, thyroid disease, or others? 당뇨, 고혈압, 콜레스테롤, 관절염, 암, 심장질환, 뇌졸중, 뇌출혈, 간염, 신장질환, 갑상선 질환 같은 질병이 있으신가요?

☐ Yes

☐ No

Please list the diseases and/or conditions. 어떤 질병인가요? _____

- Please list all your current medications. 복용 중인 약이 있다면 작성해 주세요.

- Please list any drug allergies. 약물 알레르기가 있다면 작성해 주세요.

- Please list any surgery and hospitalization records. 수술 및 입원 기록에 관해 작성해 주세요.

- Please list the family health history. 가족력에 관해 작성해 주세요.

Father 부 _____

Mother 모 _____

Siblings 형제자매 _____

Relatives 친척 _____

- Do you smoke? 흡연하시나요? ☐ Yes / ☐ No

How often do you smoke? 얼마나 흡연하시나요? _____

- Do you drink alcohol? 술을 드시나요? ☐ Yes / ☐ No

How often do you drink? 얼마나 드시나요? _____

- Do you drink coffee? 커피를 드시나요? ☐ Yes / ☐ No

How often do you drink? 얼마나 드시나요? _____

- Do you work? 일하시나요? ☐ Yes / ☐ No

Please list your occupation. 어떤 일을 하시나요? _____



INSURANCE AGREEMENT

The undersigned certify that I (or my dependent) have insurance coverage with _____
(보험 회사 / *insurance company*) assign directly to Dr. Jinahn Kim all insurance benefits. If any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all the information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

I certify that all information I have reported above is correct and further authorization for the release of any necessary information to my insurance carrier(s) or referring physician(s). I understand and agree to be responsible for any portions of this claim that, for any reason, is not covered by my insurance. I further understand that any legal fees incurred to collect this claim are my responsibility as well as any service charges assessed to my account with all returned checks or invalid credit card purchases. All balances must be paid upon receipt of statement and should the balance due exceed 15 days from the initial statement date. A finance charge of 1.5% per month will be charged on the unpaid balance. If the balance is not paid within 30 days from the initial statement, then the account will be considered as delinquent and will be turned over to a collection agency, and will be responsible for financial charges. If the balance is still not paid within 45 days, then further collection and legal action will be enforced, and the patient is responsible for all related legal fees in addition to the balance due.

보험에서 커버되지 않은 비용은 환자분의 부담입니다. 동의하신다면 아래에 서명해주세요. **PATIENT IS RESPONSIBLE FOR ANY VISITS AND PROCEDURES THAT ARE NOT COVERED BY INSURANCE. PLEASE SIGN BELOW.**

서명 / **Signature**

날짜 / **Date**

18 세 미만 환자: 보호자분께서 대신 서명해주세요. If the patient is under 18, please have the guardian sign below.

보호자의 이름 / **Guardian's Name**

보호자의 서명 / **Guardian's Signature**

환자와의 관계 / **Relationship with the patient**

날짜 / **Date**



PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

I understand that my health information can be used without my permission under the following conditions: Treatment, payment, health-care operations, business associates, appointment reminders, health-related benefits, services and research, required disclosures, required by law, public health and safety, abuse and neglect, health oversight activities, legal proceedings, law enforcement, coroners, medical examiners and funeral directors, organ and tissue donation, and research. All other uses and sharing of your health information will be done only with your written permission. You also have the Right to request Special Communications, Right to Inspect and Copy, Right to Request Changes, Right to an Accounting of Disclosures, and Right to Request Restrictions. 치료 또는 보험 청구 목적을 위해 환자의 허가 없이 의료 기록이 사용될 수 있으며 다른 병원, 보험 회사, 약국 등에서 환자의 의료 기록을 조회할 수 있음을 알려드립니다. 동의하신다면 서명해주세요.

성명 / Name

생년월일 / Date of Birth

서명 / Signature

날짜 / Date

CONSENT OF OBTAINING EXTERNAL PRESCRIPTION HISTORY

I, _____, whose signature appears below, authorize JK Internal Medicine & Geriatrics P. C. to obtain my external prescription history. I understand that my providers and staff here have access to prescription history from multiple other unaffiliated medical providers, insurance companies, and pharmacies, and it may include prescription back in time for several years. MY SIGNATURE CERTIFIES THAT I READ AND UNDERSTOOD THE SCOPE OF MY CONSENT AND THAT I AUTHORIZE ACCESS. 환자의 처방 기록을 다른 병원, 보험 회사, 약국 등에서 조회할 수 있음을 알려드립니다. 동의하신다면 서명해주세요.

서명 / Signature

날짜 / Date

18 세 미만 환자: 보호자분께서 대신 작성해주세요.

If the patient is under 18, please have the guardian sign below.

보호자의 이름 / Guardian's Name

보호자의 서명 / Guardian's Signature

환자와의 관계 / Relationship with the patient

날짜 / Date



Authorization for SMS Communication 문자메시지(SMS) 수신 동의서

I authorize my physician's office to communicate with me via SMS (text messages) regarding my healthcare, including but not limited to appointment reminders, treatment plans, test results, prescription information, billing matters, and other health-related communications. 본인은 본인의 의료기관이 저의 건강 관리와 관련하여 문자메시지(SMS)를 통해 연락하는 것에 동의합니다. 문자메시지는 예약 알림, 치료 계획, 검사 결과, 처방전 정보, 청구 관련 사항 및 기타 건강 관련 내용을 포함할 수 있습니다.

I understand and acknowledge that: 본인은 다음 사항을 이해하고 동의합니다.

- I understand that I have secure messages, email, or the patient portal as alternative options. I have requested SMS communication for **my personal convenience**. 보안 메시지, 이메일 또는 환자 포털을 이용할 수도 있으나, 개인 편의를 위해 SMS 를 요청합니다
- **SMS messages may contain full protected health information (PHI)** relevant to my care. 문자메시지에는 저의 건강 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다
- **Text messaging is not a fully secure means of communication**, and while my physician's office will take reasonable steps to protect my privacy, there is a risk that my PHI could be intercepted or accessed by unauthorized individuals. 문자메시지는 완전히 보안된 통신 방식이 아니며, 의료기관이 개인 정보 보호를 위해 합리적인 조치를 취하더라도, PHI 가 무단으로 유출될 위험이 있을 수 있습니다.
- Standard text messaging rates may apply, depending on my mobile carrier's plan. 이동통신사의 요금제에 따라 표준 문자메시지 요금이 부과될 수 있습니다.
- I can opt out of receiving SMS messages at any time by notifying my physician's office in writing or replying 'STOP' to any message. 언제든지 서면 통보 또는 문자메시지에 'STOP'이라고 회신함으로써 문자 수신을 거부할 수 있습니다.

By signing below, I consent to receive SMS communications from my physician's office and acknowledge the potential risks involved. 본인은 상기 내용을 충분히 이해하고 문자메시지 수신에 동의합니다.

Patient Name: _____

Patient Signature: _____ Date: _____



Consent to Receive Medical Records via Email 이메일을 통한 검사 결과 수신 동의서

I hereby authorize JK Internal Medicine & Geriatrics to send my medical records, including test results, to the email address I provided on Page 1 of this form.

본인은 이 양식 1 페이지에 기재한 이메일 주소로, 김진안·이재영 내과로부터 제 검사 결과 및 진료 기록을 전송받는 것에 동의합니다.

I understand that email is not a secure or encrypted method of communication, and there may be risks involved in the transmission of protected health information (PHI).

본인은 이메일이 보안 또는 암호화된 통신 수단이 아니며, 개인 건강 정보(PHI)의 전송에 있어 보안상 위험이 존재할 수 있음을 인지하고 있습니다.

By signing this form, I accept these risks and give permission for the clinic to email my medical records to the address I provided. 이 양식에 서명함으로써 본인은 이러한 위험을 감수하고, 해당 이메일 주소로 의료 정보가 발송되는 것에 동의합니다.

Please check one / 아래 중 해당 항목에 체크해 주세요:

☐ Yes, I agree to receive my medical records via email. 이메일로 검사 결과지를 받는 것에 동의합니다.

☐ No, I do not wish to receive my medical records via email. 이메일 수신을 원하지 않습니다.

Patient Signature (환자 서명): _____ Date (날짜): _____

Authorization to Share Medical Records with a Family Member or Designated Guardian

가족 구성원 또는 지정된 보호자에게 의료정보 공유 동의서

I hereby authorize JK Internal Medicine & Geriatrics to share my medical records, including test results, with the following family member or designated guardian. 본인은 아래 기재된 가족 구성원 또는 지정된 보호자에게 제 검사 결과 및 의료 기록을 공유하는 것에 김진안·이재영 내과가 동의하도록 허가합니다.

This includes verbal communication, written records, and test results as necessary.

이 동의는 필요 시 구두 설명, 서면 기록 및 검사 결과 제공을 포함합니다.

I understand that this authorization remains in effect unless I submit a written request to revoke it.

본 동의는 철회 요청이 서면으로 제출되기 전까지 유효함을 이해합니다.

Full Name (이름): _____

Relationship to Patient (환자와의 관계): _____

Date of Birth (생년월일): _____

Phone Number (전화번호): _____

Patient Name (환자 성함): _____

Date of Birth (환자 생년월일): _____

Signature (환자 서명): _____

Date (날짜): _____